

Bachelor-Thesis zur Erreichung des FH-Diploms als Bachelor HES-SO in  
Nursing Science

HES-SO Valais Wallis Bereich Gesundheit & Soziale Arbeit

---

# **Unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten**

Eine systematische Literaturübersicht

Erarbeitet von: Stefanie Nellen  
St. Jodernstrasse 29  
3930 Visp  
steff.n@bluewin.ch

Kurs: Bachelor 06

Unter Begleitung von: Sylvia Z'Brun Schnyder  
Master of Nursing Science MNS

Visp, 11. Januar 2010

# Danksagung

*„Leider lässt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken“.*

(Johann Wolfgang von Goethe)

Die Erstellung dieser Diplomarbeit erforderte Ausdauer und Durchhaltevermögen. Während dem letzten Jahr konnte ich mich auf die Unterstützung vieler Personen verlassen.

An dieser Stelle bedanke ich mich ganz besonders bei Frau Sylvia Z'Brun Schnyder für die wertvolle Begleitung während dem Erstellen der vorliegenden systematischen Literaturübersicht, bei Herrn Thomas Zürcher, Herrn Roger Schwery und Frau Corinne Nellen für die formelle Überprüfung der Diplomarbeit sowie bei meiner Familie, meinem Partner Andreas Minnig und meiner Mitstudierenden Gertrud Morard für die motivierende Unterstützung.

## Zusammenfassung

**Problembeschreibung:** In der Regel werden Menschen nach einem Suizidversuch zur Erstversorgung auf nicht psychiatrischen Abteilungen hospitalisiert. Dies stellt für die Pflegefachpersonen eine grosse Herausforderung dar. Suizidale Patienten sind sensibel gegenüber den Haltungen und Verhaltensweisen der Pflegefachpersonen (Wiklander, Samuelsson & Åsberg, 2003). Wolk-Wassermann (1987, zit. in Samuelsson, Wiklander, Åsberg & Saveman, 2000) betont die Wichtigkeit von unterstützenden Verhaltensweisen bei suizidalen Patienten. Eink und Haltenhof (2007) erwähnen, dass ein empathisches, vorurteilsfreies und offenes Verhalten die Gestaltung einer positiven Beziehung zum Patienten erleichtert. Evidenzbasiertes Wissen zur Thematik unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten ist nur teilweise vorhanden.

**Fragestellung:** Welches pflegerische Verhalten, das suizidale Patienten unterstützt, wird in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

**Ziel:** Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt darin, aktuelles evidenzbasiertes Wissen über unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten zusammen zu tragen und dieses Pflegefachpersonen zur Verfügung zu stellen, um die Beziehung zu suizidalen Patienten zu verbessern. Das Zielpublikum sind vor allem Pflegefachpersonen auf nicht psychiatrischen Abteilungen, da dort der Bedarf an Wissensvermittlung über Suizidologie ausgeprägter als auf psychiatrischen Abteilungen ist.

**Methode:** Die Forschungsfrage wurde durch eine systematische Literaturübersicht beantwortet. In den pflegespezifischen Datenbanken PubMed, Cinahl, Cochrane Library und PsycInfo wurde nach passender Forschungsliteratur gesucht. Mit der systematischen Suchstrategie, der Handsuche und den definierten Auswahlkriterien wurden acht Studien in die Analyse einbezogen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der acht Studien zeigten unterstützendes pflegerisches Verhalten bei der Betreuung von suizidalen Patienten. Die Hauptergebnisse sind folgende: fürsorglich sein, Zeit haben, Interesse zeigen, aufmerksam sein, die Patienten ernst nehmen, offen sein, Hoffnung vermitteln, Gespräche führen, Verständnis und Respekt zeigen, akzeptierend und nicht wertend sein sowie empathisch sein.

**Schlussfolgerungen:** Pflegefachpersonen sollten sich zum Thema Suizidologie weiterbilden. Sie müssen ihre Kenntnisse und ihr Verständnis für das Erleben und die Bedürfnisse der suizidalen Patienten vertiefen und sich darauf einlassen. In Zukunft muss die Forschung zum Thema unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten gefördert werden. Es braucht weitere qualitative Forschungen, um eine fundierte Wissensbasis zu schaffen.

**Key words:** attempted suicide, suicidal\*, behavior, bearing, comportment, conduct, support, aid, assist, nurs\*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problembeschreibung .....	1
1.2	Fragestellung .....	4
1.3	Zielsetzung .....	4
<b>2</b>	<b>Theoretischer Bezugsrahmen.....</b>	<b>5</b>
2.1	Suizidalität / Suizid / Suizidversuch.....	5
2.1.1	Definitionen .....	5
2.1.2	Pflegediagnosen / Ziele .....	5
2.1.3	Risikofaktoren / Ursachen .....	6
2.1.4	Präsuizidales Syndrom.....	8
2.1.5	Suizidale Krise .....	8
2.2	Pflege und therapeutische Beziehungen.....	9
2.3	Verhalten / Haltung .....	10
2.3.1	Suizidalität und unterstützendes Verhalten von Pflegefachpersonen .....	11
<b>3</b>	<b>Methodenbeschreibung .....</b>	<b>12</b>
3.1	Datensammlung.....	12
3.2	Datenauswahl .....	13
3.3	Datenanalyse.....	14
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>16</b>
4.1	Merkmale der analysierten Studien.....	16
4.2	Beschreibung der analysierten Studien.....	17
4.3	Qualität der Studien .....	32
4.3.1	Gesamtqualität der Studien .....	32
4.3.2	Beurteilung der Glaubwürdigkeit .....	32
4.3.3	Beurteilung der Aussagekraft .....	34
4.3.4	Beurteilung der Anwendbarkeit .....	34
4.3.5	Beurteilung mittels der „Kriterien zur kritischen Bewertung“ für nicht-experimentelle Forschungsdesigns .....	35
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>37</b>
5.1	Diskussion der Merkmale der analysierten Studien.....	37
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	39
5.3	Diskussion der Qualität der Studien .....	46

5.3.1	Diskussion der Glaubwürdigkeit .....	46
5.3.2	Diskussion der Aussagekraft .....	48
5.3.3	Diskussion der Anwendbarkeit .....	49
5.3.4	Diskussion der Beurteilung mittels der „Kriterien zur kritischen Bewertung“ für nicht-experimentelle Forschungsdesigns.....	50
5.4	Kritische Würdigung der systematischen Literaturübersicht .....	51
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>54</b>
6.1	Empfehlungen für die Pflegepraxis .....	54
6.2	Empfehlungen für die Pflegeausbildung.....	55
6.3	Empfehlungen für die Pflegeforschung .....	55
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Weltweit sind Suizide und Suizidversuche eine relevante gesundheitspolitische Grösse. Im Jahr 2000 starben gemäss Schätzungen der WHO (World Health Organization) weltweit ungefähr eine Million Menschen durch Suizid. Dies bedeutet ein Suizidtoter alle 40 Sekunden oder eine Suizidrate von 16 pro 100'000 Menschen. Die Suizidraten sind gemäss der WHO in den letzten 45 Jahren weltweit um 60 Prozent angestiegen (WHO, 2003, zit. in Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2006). Laut Bundesamt für Gesundheit (2005) wird bei ein bis zwei Prozent aller Todesfälle in der Schweiz Suizid als Todesursache angegeben, das heisst in der Schweiz sterben jährlich zwischen 1'300 und 1'400 Menschen durch Suizid. Dies bedeutet eine Suizidrate von 19.1 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im internationalen Vergleich weist damit die Schweiz nach Russland, Ungarn, Slowenien, Finnland, Kroatien und neben Österreich, Belgien und Frankreich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf.

Gemäss Bundesamt für Gesundheit (2005) begehen zehn Prozent der Schweizer Bevölkerung in ihrem Leben einen oder mehrere Suizidversuche und jede zweite Person berichtet über Suizidgedanken. Schätzungen zufolge verüben in der Schweiz pro Jahr 15'000 bis 25'000 Menschen einen Suizidversuch. Dabei werden nur zirka 10'000 Suizidversuche erfasst und medizinisch behandelt. Eink und Haltenhof (2007) betonen, dass suizidale Handlungen mit einer hohen Dunkelziffer behaftet sind. Dies liegt daran, dass Suizidversuche nicht meldepflichtig sind. Zudem werden suizidale Handlungen häufig nicht erkannt. Laut Bundesamt für Gesundheit (2005) ist die Zahl aller erfassten Suizidversuche wegen den Personen mit mehrmaligen Suizidversuchen zwischen sieben und 16 Prozent höher. Diekstra (1992, zit. in Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention) erwähnt, dass früheres suizidales Verhalten eine wichtige Vorhersage für weiteres suizidales Verhalten darstellt, vor allem innerhalb von zwölf Monaten nach dem ersten Suizidversuch. Eink und Haltenhof (2007) betonen, dass primär zwei bis fünf Prozent der Suizidversuche tödlich enden und in ungefähr 25 Prozent weitere suizidale Handlungen folgen. Innerhalb von zehn Jahren nach einem Suizidversuch sterben zirka zehn Prozent der Betroffenen. Im weiteren Verlauf sind es bis zu 20 Prozent, die an einem Suizidversuch sterben.

Ajdacic-Gross (2007) erwähnt, dass Suizidgedanken und Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern vorkommen. Beim vollzogenen Suizid ist es umgekehrt. Jüngere Menschen haben häufiger Suizidgedanken und unternehmen häufiger einen Suizidversuch. Hingegen werden vollzogene Suizide mit zunehmendem Alter häufiger. Eink und Haltenhof (2007) schreiben, dass der Altersgipfel bei Suizidversuchen zwischen 15 und 25 Jahren liegt. Weiter erwähnen sie, dass allein lebende und geschiedene Menschen, Personen mit geringer Schulbildung, Arbeitslose und Menschen der untersten sozialen Schicht am

häufigsten Suizidversuche unternehmen. In 60 bis über 90 Prozent erfolgen Suizidversuche durch Intoxikationen. Meistens handelt es sich dabei um Intoxikationen durch Medikamente, vor allem durch Psychopharmaka. Darauf folgen Schnitt- und Stichverletzungen, Sprünge aus grosser Höhe, Erhängen, Sich-vor-ein-Fahrzeug-Werfen und das absichtliche Verursachen von Verkehrsunfällen.

Gemäss WHO (2002, zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2005) sind die Faktoren, welche zu einem erhöhten Suizid- und Suizidversuchsrisiko führen, komplex und beeinflussen einander gegenseitig. In der Mehrzahl der Fälle löst eine Krise die suizidale Handlung aus und ist das Ergebnis einer Verkettung mehrerer Faktoren. Daher ist es schwierig, Suizide oder Suizidversuche vorherzusagen. Laut Bundesamt für Gesundheit (2005) wird das individuelle Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs von demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie durch biologische, psychische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren beeinflusst.

In der Regel werden Menschen nach einem Suizidversuch zur Erstversorgung auf nicht psychiatrischen Abteilungen hospitalisiert. Dies stellt für die Pflegefachpersonen eine grosse Herausforderung dar. Das Thema Suizid / Suizidversuch ist im Kontakt und in der Handlung der Pflegefachpersonen gegenüber Patienten<sup>1</sup> nach einem Suizidversuch eher mit Zurückhaltung behaftet. Oft sehen es Pflegefachpersonen auf nicht psychiatrischen Abteilungen nicht als ihre Aufgabe an, sich mit dem Eintrittsgrund „Suizidversuch“ auseinander zu setzen und dementsprechend zu handeln (Wolfersdorf, 2000).

Pflegefachpersonen, die in psychiatrischer Pflege nicht ausgebildet sind, fühlen sich auf die Pflege von suizidalen Patienten wenig vorbereitet und haben Schwierigkeiten, suizidale Patienten zu pflegen (Abderhalden, 2006). Sie beurteilen ihre praktische Erfahrung und ihr theoretisches Wissen der psychiatrischen Krankenpflege als gering. Durch fehlende oder begrenzte praktische Erfahrung ergeben sich für die Pflegefachpersonen Unsicherheiten im Verhalten und im Umgang mit psychiatrischen Patienten (Sauter et al., 2006). Abderhalden (2006) erwähnt, dass Pflegefachpersonen beim Pflegen von Menschen nach Suizidversuchen Gefühle wie Ärger, Frustration, Hilflosigkeit und Ambivalenz erleben und sie oft nicht das nötige Verständnis für diese Patienten aufbringen können. Weiter betont er, dass die Erfahrungen mit der Pflege, welche die suizidalen Patienten auf Notfall- und / oder Intensivstationen machen, einen grossen Einfluss auf den Verlauf suizidaler Krisen und das zukünftige Hilfeverhalten haben können.

Bei den Menschen nach einem Suizidversuch nimmt häufig die Bereitschaft ab, sich zu öffnen und damit ein hilfreiches Gespräch einzugehen. Dies hängt damit zusammen, dass Menschen nach einem Suizidversuch oft Schuld- und Schamgefühle entwickeln, welche zu

---

<sup>1</sup> Die männliche Bezeichnung gilt immer auch für die weibliche Form.

Bagatellisierung und Verleugnung von Problemen führen (Eink & Haltenhof, 2007). Auch Abderhalden (2006) weist darauf hin, dass Schamgefühle und Stigmatisierung zentrale Themen im Erleben der Patienten sind. Lewis, McDowell und Gregory (1986, zit. in Talseth, Lindseth, Jacobsson & Norberg, 1999) betonen, dass sich suizidale Patienten häufig hilflos, nutzlos und schuldig fühlen. Weiter erwähnen sie, dass diese Patienten sehr sensibel und verletzlich sind.

Simpson (1997) erwähnt, dass Hildegard Peplau im Aufbau einer Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen den wichtigsten Grundstein des pflegerischen Erfolges sah. Ohne eine Beziehung aufzubauen, ist es den Pflegefachpersonen nicht möglich, unterstützend und therapeutisch zu arbeiten, was den Pflegeprozess uneffektiv macht. Pflegefachpersonen, welche sich über ihre positiven und negativen Wirkungen ihrer Pflegehandlungen bewusst sind, können an sich selber arbeiten und sich weiterentwickeln, was eine Voraussetzung für die Beziehungsgestaltung zum Patienten darstellt. Eink und Haltenhof (2007) betonen, dass eine Beziehung, welche durch Vorurteilsfreiheit und Verständnis charakterisiert ist, entscheidend ist, um einen Gesprächszugang zu suizidalen Menschen zu finden. Eine empathische Beziehung baut sich nicht von selber auf, sondern wird durch persönliche und fachliche Voraussetzungen und Verhaltensweisen gefördert. Zu diesen Voraussetzungen und Verhaltensweisen gehören Einfühlungsvermögen, Offenheit, Akzeptanz des suizidalen Verhaltens, eigene psychische Stabilität, Verlässlichkeit, Sorgfalt und fachliche Kompetenz. Pflegefachpersonen sollten fähig sein, die eigene Hilflosigkeit und die Ablehnung durch den Patienten ertragen zu können.

Suizidale Patienten, die auf nicht psychiatrischen Abteilungen hospitalisiert werden, erhalten häufig nicht die ihnen zustehende und benötigte Betreuung von den Pflegefachpersonen. Dies kann die Situation des Patienten negativ beeinflussen, indem er von den Pflegefachpersonen nicht unterstützt und begleitet wird. Während der stationären Behandlung sind suizidale Patienten auf das Verständnis und die Unterstützung von Pflegefachpersonen angewiesen (Eink & Haltenhof, 2007). Vor allem das Verhalten und das Gespräch der Pflegefachpersonen unterstützt die Bewältigungsstrategien und die soziale Einbindung von suizidalen Patienten. Wenn die Betroffenen nach einem Suizidversuch professionelle Hilfe erhalten, kann dies das Ende des suizidalen Prozesses darstellen (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wassermann, 2004, zit. in Larsson, Nilsson, Runeson & Gustafsson, 2007). Patienten nach einem Suizidversuch sind sensibel gegenüber den Haltungen und Verhaltensweisen der Pflegefachpersonen (Wiklander, Samuelsson & Åsberg, 2003). Abderhalden (2006) erwähnt, dass die Scham durch bestimmte Verhaltensweisen gemildert oder verstärkt werden kann. Wolk-Wassermann (1987, zit. in Samuelsson, Wiklander,



Äsberg & Saveman, 2000) weist auf die Wichtigkeit von unterstützenden Verhaltensweisen bei suizidalen Patienten hin. Eink und Haltenhof (2007) erwähnen, dass ein empathisches, vorurteilsfreies und offenes Verhalten die Gestaltung einer positiven Beziehung zum Patienten erleichtert. Den meisten suizidalen Patienten helfen durch Vertrauen und Respekt gekennzeichnete Beziehungen, um den Weg aus der Krise zu finden. Wolfersdorf (2000) betont, dass das Verhalten der Pflegefachperson unterstützend erlebt wird, wenn Freundlichkeit, Aufmerksamkeit, Echt sein und Hilfsbereitschaft erfahren wird. Psychiatriepflegende sind auf Grund ihrer Ausbildung in ihrem Verhalten positiver gegenüber suizidalen Menschen eingestellt als Pflegefachpersonen auf nicht psychiatrischen Abteilungen (Samuelsson, Äsberg, Sunbring & Winell, 1997).

Evidenzbasiertes Wissen zur Thematik „Unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten“ ist nur teilweise vorhanden. Bisher wurde noch keine systematische Literaturübersicht über dieses Thema veröffentlicht.

## **1.2 Fragestellung**

Folgende Fragestellung ergibt sich aus der oben genannten Problembeschreibung:

Welches pflegerische Verhalten, das suizidale Patienten unterstützt, wird in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

## **1.3 Zielsetzung**

Die vorliegende systematische Literaturübersicht verfolgt das Ziel, aktuelles evidenzbasiertes Wissen über unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten zusammen zu tragen und dieses Pflegefachpersonen zugänglich zu machen, um die Beziehung zu suizidalen Patienten zu verbessern. Die Arbeit soll eine wissenschaftlich aktuelle und detaillierte Übersicht über die Thematik geben. Das Zielpublikum sind vor allem Pflegefachpersonen auf nicht psychiatrischen Abteilungen, da dort der Bedarf an Wissensvermittlung über Suizidologie ausgeprägter ist als auf psychiatrischen Abteilungen. Aber auch Psychiatriepflegenden kann diese Arbeit dienen.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Literaturübersicht sollen Pflegefachpersonen sensibilisieren, befähigen und unterstützen im Umgang und in der Professionalität bezüglich Wissen und Handeln in der Pflegebeziehung mit suizidalen Patienten.

## **2 Theoretischer Bezugsrahmen**

### **2.1 Suizidalität / Suizid / Suizidversuch**

#### **2.1.1 Definitionen**

Unter Suizidalität werden alle Gedanken, Gefühle, Impulse und Handlungen verstanden, die einen selbstzerstörerischen Charakter haben. Zu Beginn haben suizidale Menschen oft den Wunsch nach Ruhe oder einer Pause im Leben. Später haben sie häufig das Bedürfnis, tot zu sein und im weiteren Verlauf Suizidgedanken und Suizidpläne bis hin zu suizidalen Handlungen (Eink & Haltenhof, 2007).

Eink und Haltenhof (2007) definieren den Suizid als eine bewusste und willentlich herbeigeführte Selbsttötung durch eine zielgerichtete Handlung.

Steinhausen (2006) definiert Suizidversuche als Handlungen, die das Ziel haben, das eigene Leben zu beenden. Zu Suizidversuchen zählen willentliche Selbstvergiftungen, bei denen eine Überdosis von Medikamenten oder eine nicht für die Konsumation bestimmte Substanz eingenommen wird sowie beabsichtigte Selbstverletzungen. Sauter et al. (2006) definieren den Begriff Suizidversuch als einen Selbsttötungsversuch ohne tödlichen Ausgang. Charakteristisch für Suizidversuche sind die Todesabsicht und die Hoffnung, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Die WHO (zit. in Steinhausen, 2006) schlägt für den Begriff Suizidversuch alternativ den des Parasuizides vor. Steinhausen (2006) weist darauf hin, dass hier (zu) stark auf die appellative Funktion von suizidalen Handlungen hingedeutet wird. Ein Suizidversuch ist eine final ausgelegte Handlung, die lebensbedrohlich ist. Hingegen bezeichnet der Begriff des Parasuizides eine Selbstschädigung mit potenzieller, aber nicht beabsichtigter Lebensbedrohung. Eink und Haltenhof (2007) bezeichnen parasuizidales Verhalten als unterschiedliche Formen der Selbstschädigung. Dazu zählen Selbstverletzungen, zum Beispiel durch Schneiden oder Verbrennen, exzessiver Missbrauch von psychotropen Substanzen (wie zum Beispiel Alkohol), riskantes Verhalten im Strassenverkehr oder leichtsinniges Ausüben riskanter Sportarten. Sie erwähnen, dass es zwischen suizidalen und parasuizidalen Handlungen fließende Übergänge gibt, da die Suizidabsicht dem Betroffenen oft nicht bewusst ist.

#### **2.1.2 Pflegediagnosen / Ziele**

Suizidgefahr und Fremdgefährdung wurden in der Pflegediagnose „Gefahr der Gewalttätigkeit gegen sich oder andere“ zusammengefasst. Seit dem Jahr 2000 existiert die Pflegediagnose „Suizidgefahr“ in der Liste der NANDA Diagnosen (North American Nursing Diagnosis Association) (Sauter et al., 2006).

Primäres Ziel ist das Verhindern eines Suizids beziehungsweise eines Suizidversuchs. Sekundäres Ziel ist, dass die Patienten keine Suizidgedanken mehr haben. In Kontakt mit den

Patienten zu bleiben und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen ist ein wichtiges Prozessziel (Sauter et al., 2006).

### **2.1.3 Risikofaktoren / Ursachen**

Sakinofski (2000, zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2005) betont, dass die Auslöser für Suizidversuche meistens Ereignisse sind, in denen Menschen in ihrer Identität erschüttert werden, sich wertlos und hoffnungslos fühlen und sich selber ablehnen oder hassen. Sie wollen diesem unerträglichen Zustand ein Ende setzen. Bei Suiziden wurden in der Vorgeschichte in bis zu 90 Prozent der Fälle psychische Störungen gefunden. Dagegen sind psychische Erkrankungen bei Suizidversuchen weniger die Regel. Bei einmaligen Suizidversuchen ist der auslösende Moment meist eine vorübergehende Krisensituation.

Nylev Stenager (2000, zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2005) äussert, dass bei 25 bis 50 Prozent aller Suizidversuche (vor allem bei älteren Menschen) eine schwere körperliche Erkrankung vorliegt, die oft mit chronischen Schmerzen und körperlicher Behinderung verbunden ist.

Murphy (2000, zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2005) weist darauf hin, dass Alkoholabhängigkeit bei ungefähr 10 Prozent der Menschen, die einen Suizidversuch verüben, eine Rolle spielt. Das Risiko steigt bei Menschen, die psychotrope Substanzen konsumieren.

Fatke (2003, zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2005) erklärt, dass Schwierigkeiten mit dem Erwachsenwerden (zum Beispiel die Ablösung von den Eltern), die Integration in die Gesellschaft (zum Beispiel die Berufswahl) sowie soziale Faktoren und finanzielle Probleme, vor allem bei Suizidversuchen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, eine bedeutende Rolle spielen.

#### *Risikogruppen*

Eink und Haltenhof (2007) erläutern, dass Suizide und Suizidversuche in bestimmten Bevölkerungsgruppen häufiger als in anderen sind. Bei diesen Risikogruppen handelt es sich um: allein lebende, vereinsamte, isolierte Menschen, ältere Männer (für Suizid) beziehungsweise jüngere Frauen (für Suizidversuch), Arbeitslose, traumatisierte Menschen (zum Beispiel durch Krieg, Vergewaltigung oder Verfolgung), psychisch kranke Personen (vor allem solche mit depressiven Störungen, schizophrenen Psychosen sowie Abhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen), Menschen in psychosozialen Krisen, Menschen mit vorausgegangen Suizidversuchen, Personen mit Kontakt zu Suiziden im näheren sozialen Umfeld, Menschen, welche mehrfach stationär-psychiatrisch behandelt worden sind (insbesondere wenn die Abstände zwischen den Behandlungen immer kürzer werden) sowie Personen mit lebensbedrohlichen und / oder schmerzhaften Erkrankungen (insbesondere bei chronischem Verlauf).

### *Risikosituationen*

Eink und Haltenhof (2007) erwähnen, dass es bestimmte Situationen gibt, welche häufig suizidale Krisen auslösen. Zu diesen Situationen gehören Verluste. Dabei kann es sich um den Tod eines nahestehenden Menschen handeln oder um das Scheitern einer Partnerschaft. Auch Kränkungen und Zurückweisungen, welche Menschen in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld erleben, können suizidale Krisen auslösen. Für viele Menschen sind Zeiten körperlicher, seelischer und sozialer Veränderungen mit tiefgreifenden Verunsicherungen im Hinblick auf die eigene Identität verbunden. Zu diesen Zeiten gehören vor allem Pubertät, Wochenbett, Klimakterium und Pensionierung. Wenn in diesen Lebensabschnitten zusätzlich negative Ereignisse auftreten, kann es zu suizidalen Krisen kommen. Zu den Risikosituationen gehören auch Überforderungen und Überlastungen im privaten und beruflichen Bereich. Auch Situationen wie Umzug, Umsiedlung oder Migration, welche oft mit Veränderungen in mehreren Lebensbereichen einhergehen, können zu Suizidalität führen. Weiter können wirtschaftliche Probleme wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit und Schulden, aber auch Verkehrsunfälle (vor allem wenn dabei andere Menschen sterben und diese Unfälle selbst verschuldet sind) sowie Kriminalisierung das Risiko für Suizidalität erhöhen.

### *Risikobefindlichkeiten*

Eink und Haltenhof (2007, S. 51) nennen folgende Risikobefindlichkeiten, welche auf Suizidalität hinweisen können: „Gefühle der Niedergeschlagenheit und Resignation, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Fehlen von Perspektiven und Sinn im Leben, Ohnmacht und Verzweiflung, Interesse- und Freudlosigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Selbstvorwürfe und Selbstbestrafungstendenzen, unerträgliche psychische Schmerzen, Ärger und Wut, ausgeprägte Verminderung oder deutliche Steigerung des Antriebs, massive Angst- und Unruhezustände, gesteigerte Impulsivität, gravierende Schlafstörungen, anhaltendes und quälendes Grübeln, wahnhaftes Erleben und akustische Halluzinationen“.

### *Risikosignale*

Eink und Haltenhof (2007) definieren als Risikosignale verbale und nonverbale Hinweise im unmittelbaren Kontakt sowie bestimmte Haltungen und Verhaltensweisen von Betroffenen, welche bei suizidalen Krisen auftreten können. Zu diesen Risikosignalen gehören direkte Ankündigungen, welche in jedem Fall ernst genommen werden sollten. Suizidales Erleben wird oft auch in Form indirekter sprachlicher Hinweise ausgedrückt. Diese indirekten sprachlichen Hinweise thematisieren frustrierte psychische Bedürfnisse oder den Wunsch nach Ruhe, Pause oder Unterbrechung. Die Betroffenen klagen in den Wochen vor einer suizidalen Handlung oft über unspezifische körperliche oder seelische Störungen ihrer Befindlichkeit

oder über psychosoziale Probleme. Ein weiteres Risikosignal ist Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Gesundheit.

### **2.1.4 Präsuizidales Syndrom**

Der Begriff „präsuizidales Syndrom“ wurde von Erwin Ringel (1953, zit. in Eink & Haltenhof, 2007) auf Grund seiner Erfahrungen mit vielen Menschen nach einem Suizidversuch geprägt. Er beschrieb eine charakteristische psychische Befindlichkeit, welche bei vielen betroffenen Menschen vorhanden ist. Dieses präsuizidale Syndrom setzt sich aus drei Komponenten zusammen, welche gleichzeitig oder nacheinander auftreten können. Am Anfang kommt es zu einer immer stärkeren Einengung im Erleben der eigenen Person und der Umwelt. Dies äussert sich insbesondere als Resignation, Rückzug und Abnahme sozialer Kontakte bis hin zur Vereinsamung. Im Weiteren entwickeln sich aggressive Gefühle und Impulse, die sich allmählich aufstauen und sich vor allem gegen die eigene Person richten. Schliesslich treten immer häufiger Suizidfantasien auf.

### **2.1.5 Suizidale Krise**

Caplan (1964, zit. in Sauter et al., 2006, S.781) definiert Krise folgendermassen: „Ungleichgewicht zwischen Schwierigkeiten und der Bedeutung eines Problems und den unmittelbar zur Verfügung stehenden Ressourcen, dieses zu bewältigen“. Nach Eink und Haltenhof (2007) ist eine suizidale Krise nicht immer Ausdruck einer psychischen Störung. Sie drückt manchmal eher die Sinnkrise und die Lebensmüdigkeit eines Menschen aus, welche auch ohne Krankheit oder tragische Schicksalsschläge entstehen kann. Walter Pöldinger (1968, zit. in Eink & Haltenhof, 2007) unterscheidet in seinem Konzept suizidaler Krise die drei Stadien: Erwägung, Ambivalenz und Entschluss. Im Stadium der Erwägung können sich die Betroffenen den Suizid ernsthaft als Problemlösung vorstellen. Das darauf folgende Stadium ist das Stadium der Ambivalenz. Es ist durch Unschlüssigkeit und wechselnde Distanzierungsfähigkeit im Hinblick auf das suizidale Erleben und Verhalten gekennzeichnet. In diesem Stadium gehen von den Betroffenen oft direkte Hilferufe aus und sie suchen vermehrt sozialen Kontakt. Schliesslich ist das Stadium des Entschlusses gekennzeichnet mit indirekten Aussagen über Suizidalität sowie sehr oft mit einem plötzlichen Verschwinden von Unruhe und Verzweiflung. Die Betroffenen wirken dann ausgeglichen. Dies wird von der Umgebung häufig als Ende der suizidalen Krise wahrgenommen.

## 2.2 Pflege und therapeutische Beziehungen

Georg und Frowein (1999, zit. in Sauter et al., 2006) definieren Beziehung als einen Prozess, in dem sich eine Pflegefachperson in besonderer Weise auf einen Patienten einlässt. Diese Beziehung beinhaltet Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für den Patienten, in welcher berücksichtigt werden muss, dass der Patient ein eigenständiger und erwachsener Mensch bleibt.

Sauter et al. (2006) beschreiben, dass die Beziehung zu den Patienten eine notwendige Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist. Bei der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten in psychiatrischer Pflege sind die Elemente Verständnis, Vertrauen und Verlässlichkeit zentral. Schoen (1997, zit. in Sauter et al., 2006) weist darauf hin, dass professionelle Beziehungen einen Rahmen für Begegnungen bieten sollen. Sie sind ein Mittel, um Hilfe anzubieten, sind aber nicht Ziel der eigentlichen Behandlung. Die Pflegefachpersonen anerkennen zum einen, dass nicht alle Kontakte zu Patienten therapeutischen Charakter haben, und dass zum anderen aber in jedem Kontakt das Potenzial ruht, therapeutisch zu werden.

Hildegard Peplau (1995, zit. in Sauter et al., 2006) stellt die Interaktion zwischen Pflegefachpersonen und Patienten sowie ihre Beziehung zueinander in den Mittelpunkt der Pflege. Simpson (1997) betont, dass die Hauptaufgabe jeder Pflegefachperson die unterstützende Tätigkeit sei. Diese soll Patienten bei der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse unterstützen. Die Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen bildet den Rahmen für Pflegemassnahmen, welche die Patienten unterstützen sollen, ihre Gesundheit wiederzuerlangen. Eine professionell gestaltete Beziehung zielt darauf ab, Patienten und Pflegefachpersonen zu befähigen, zueinander zu finden und auf einer Vertrauensbasis zusammen zu arbeiten. Simpson (1997) erwähnt, dass die Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen als therapeutische Beziehung bezeichnet werden kann, sobald die Patienten und die Pflegefachpersonen aus den Interaktionen gelernt und profitiert haben.

Folgende Therapeutenmerkmale definierte Rogers (2000), um die Entwicklung einer helfenden Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen zu fördern: Kongruenz, Empathie, Wertschätzung oder positive Zuwendung, bedingungsloses Akzeptieren sowie Orientierung an der Wahrnehmungswelt des Klienten. Kongruenz (Übereinstimmung mit sich selbst) bedeutet, dass Pflegefachpersonen ihre Gefühle und Erfahrungen kennen und diese in die Beziehung zum Patienten einbringen. Das heisst, sie sollen ihre eigenen Gefühle und Einstellungen offen leben und angemessen mitteilen. So kann der Patient Vertrauen fassen und wird angeregt, selbst offener und echter zu sein. Je mehr eine Pflegefachperson imstande ist, auf das zu achten was in ihr vorgeht, und je mehr sie keine Angst vor der Vielschichtigkeit ihrer Gefühle hat, umso grösser ist ihre Übereinstimmung mit sich selbst. Empathie bedeutet, sich in das Erleben eines Menschen einfühlen zu können. Rogers (2000,

S. 216) definiert Empathie als die Fähigkeit, „die innere Welt des Klienten so zu verspüren, als wäre sie die eigene“. Dieses Verständnis ermöglicht den Pflegefachpersonen, Gefühle der Patienten anzusprechen, welche diesen noch unklar sind. So kann der Patient Distanz zu seinen Empfindungen gewinnen und sich damit auseinandersetzen. Empathie scheint das Wesentliche für eine wachstumsfördernde Beziehung zu sein. Unter Wertschätzung oder positiver Zuwendung ist gemeint, dass die Pflegefachpersonen eine warmherzige, positive und akzeptierende Haltung gegenüber dem Patienten einnehmen sollen. Dies fördert die Selbstachtung des Patienten. Es ist ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen, akzeptiert zu werden; daher sollen Pflegefachpersonen dazu bereit sein, den Patienten mit seinem Empfinden im Moment zu akzeptieren. Das bedingungsfreie Akzeptieren bedeutet, dass Pflegefachpersonen alle Empfindungen eines Menschen akzeptieren und nicht nur diejenigen, die den eigenen Wünschen und Erwartungen entsprechen. Das heisst, eine Pflegefachperson muss einen Patienten in umfassender Weise schätzen und nicht nur unter bestimmten Voraussetzungen. Es darf kein Urteil über den Patienten gefällt werden. Die Orientierung an der Wahrnehmungswelt des Patienten heisst, dass sich Pflegefachpersonen so mitteilen, dass Patienten sie unzweideutig begreifen können. Selbst wenn Pflegefachpersonen kongruent sind, den Patienten einführend gegenüber treten, sie wertschätzen und akzeptieren, bedeutet das noch lange nicht, dass die Patienten dies auch so wahrnehmen.

## 2.3 Verhalten / Haltung

Unter dem Begriff „Verhalten“ versteht man das Tätigwerden eines Menschen aus Gewohnheit, Routine oder Tradition (Lektorat Pflege & Menche, 2004). Der Begriff „Haltung“ wird im Lehrbuch „Pflege heute“ (Lektorat Pflege & Menche, 2004, S. 5) folgendermassen definiert: „Dauerhafte, prinzipielle Positionierung eines Menschen zu sich, zu anderen, zur Natur und Kultur sowie zum Umgang mit Normen. Einstellungen sind demgegenüber nur kurzfristige und leicht wechselbare Positionierungen zu sich, zu anderen sowie zu konkreten Dingen und Vorgängen in der Welt“. Wichtig ist, die Haltung eines Menschen von der Einstellung zu differenzieren. Wenn zum Beispiel eine Pflegefachperson gegenüber einem Patienten freundlich und aufmerksam auftritt, weil dieser ihr sympathisch erscheint, spricht man von einer Einstellung. Wenn die Pflegefachperson aber jedem Patienten freundlich und aufmerksam begegnet, auch denjenigen, welche ihr unsympathisch erscheinen, dann spricht man von einer Haltung.

### **2.3.1 Suizidalität und unterstützendes Verhalten von Pflegefachpersonen**

Finzen (1989, zit. in Rahn & Mahnkopf, 2005) erwähnt, dass Suizide von Patienten während der Behandlung, auch bei sehr sorgfältiger Arbeit, zum Teil unvermeidbar sind, dass aber auch das Verhalten der Pflegefachpersonen einen Risikofaktor darstellen kann. Rahn und Mahnkopf (2005) betonen, dass die Vermittlung von Hoffnung durch die Pflegefachpersonen bei der Prophylaxe von Suizidalität eine zentrale Rolle spielt. Es kann keine Hoffnung vermittelt werden, wenn die Pflegefachpersonen eine resignierende Haltung gegenüber den Patienten einnehmen, den Patienten gegenüber Ablehnung zeigen, zu hohe Erwartungen an die Patienten haben und sie damit überfordern. Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein, die Patienten bei der Lösung ihrer Probleme zu unterstützen. Rahn und Mahnkopf (2005) betonen, dass vor allem auf nicht psychiatrischen Abteilungen suizidale Patienten oft nicht als Kranke akzeptiert werden und sie von Seiten der Pflegefachpersonen auf Ablehnung stossen. Weiter erwähnen sie, dass Pflegefachpersonen den Patienten eine lebensorientierte Haltung vermitteln sollten und Verständnis für die Motive des Suizidversuchs zeigen sollten. In der Behandlung von suizidalen Patienten ist es unterstützend, mit den Patienten neue Sinnfindungen zu erarbeiten.

Wolfersdorf (1989, zit. in Rahn & Mahnkopf, 2005) betont, dass die Betreuung von suizidalen Patienten hohe Anforderungen an die Pflegefachpersonen stellt. Einige Regeln sind bei der Betreuung zu beachten: Gespräche sind bei der Betreuung von suizidalen Patienten von grosser Wichtigkeit; dabei sollten die Pflegefachpersonen nicht unter Zeitdruck sein. Suizidgedanken sollten von den Pflegefachpersonen offen angesprochen werden; dies entlastet und unterstützt die Patienten. Weiter sollten die Pflegefachpersonen den Patienten zuhören und sie ernst nehmen. Die Gefühle der Patienten sollten von den Pflegefachpersonen akzeptiert und verstanden werden. Es gilt also, sich Zeit zu nehmen, zuzuhören und nachzufragen. Wolfersdorf (2000) schreibt, dass es unterstützend ist, Verständnis, Fürsorge und Hoffnung zu vermitteln und auf die emotionalen Inhalte wie Trauer, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung einzugehen.



### 3 Methodenbeschreibung

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit wird durch eine systematische Literaturübersicht beantwortet. Dieses Design eignet sich, um den aktuellen Forschungsstand im Hinblick auf die Forschungsfrage strukturiert zusammenzufassen. Das Ziel einer systematischen Literaturübersicht ist das Suchen, Zusammenfassen und Bewerten von wissenschaftlichen Studien, um informative und empirisch belegte Antworten auf spezifische, wissenschaftliche Fragen zur Verfügung zu stellen. Damit soll die bestmögliche verfügbare „Beweislage“ produziert werden, auf der die Praxis aufbauen kann (Mayer, 2007).

Die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit wird durch die Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Stabilität, Nachvollziehbarkeit und Übertragbarkeit nach Lincoln und Guba (1985, zit. in Polit, Beck & Hungler, 2004) erhöht. Um diese Kriterien zu erfüllen, werden mehrere Massnahmen unternommen:

Eine intensive Suche über eine längere Zeitspanne in vier pflegerelevanten und themenspezifischen Datenbanken wird durchgeführt. Die Auswahl der Studien für die Analyse erfolgt nach klar definierten Kriterien. Die Studien werden mehrmals gelesen und nach festgelegten Kriterien tabellarisch zusammengefasst. Der Evidenzgrad der einbezogenen Studien wird bestimmt. Im Weiteren wird die Qualität der Studien beurteilt. Die Ergebnisse der Studien werden übersichtlich dargestellt und in einem nächsten Schritt gründlich und nachhaltig diskutiert. Im Abschnitt „kritische Würdigung“ werden die Stärken, Schwächen und Grenzen der vorliegenden Arbeit dargelegt. In den Schlussfolgerungen werden Empfehlungen für die Pflegepraxis, Pflegeausbildung und Pflegeforschung abgegeben. Während der Erstellung der vorliegenden systematischen Literaturübersicht finden regelmässige Besprechungen mit der zuständigen Bezugsperson, Besprechungen mit Studierenden in Kleingruppen sowie die regelmässige Führung eines Tagebuchs statt.

In den einbezogenen Studien wird überprüft, ob die ethischen Aspekte (Bewilligung der Ethikkommission und informierte Zustimmung) beachtet wurden. Eine Bewilligung durch die Ethikkommission ist für die vorliegende Arbeit nicht erforderlich, da es sich um eine systematische Literaturübersicht handelt. Im Weiteren werden durch korrektes Zitieren und exakte Quellenangaben Plagiate vermieden.

#### 3.1 Datensammlung

Die Datensammlung erfolgte in den vier Datenbanken Public - Medline (U.S. National Library of Medicine), CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews) und PsycINFO (Datenbank psychologischer Literatur der American Psychological Association). Die Suche umfasste den Zeitraum von März bis Dezember 2008. In den Datenbanken wurde jeweils mit den gleichen Such-

begriffen einzeln gesucht, dann wurden die Synonyme oder die gleichwertigen Begriffe mit „OR“ verbunden und anschliessend durch „AND“ miteinander verknüpft. Während der Suche wurde nach Möglichkeit mit MeSH-Terms oder dem Thesaurus gearbeitet. In allen Datenbanken wurde systematisch vorgegangen, das heisst, überall wurde mit denselben Begriffen gesucht. In allen vier Datenbanken wurde die in der unten aufgeführten Tabelle ersichtliche Suchstrategie durchgeführt. Die detaillierte Suchstrategie mit der Anzahl Resultate ist im Anhang A ersichtlich.

<b>#1</b>	attempted suicide [MeSH]
<b>#2</b>	suicidal*
<b>#3</b>	Behavior [MeSH]
<b>#4</b>	bearing
<b>#5</b>	comportment
<b>#6</b>	conduct
<b>#7</b>	support
<b>#8</b>	aid
<b>#9</b>	assist
<b>#10</b>	nurs*
<b>#11</b>	#1 OR #2
<b>#12</b>	#3 OR #4 OR #5 OR #6
<b>#13</b>	#7 OR #8 OR #9
<b>#14</b>	#10 AND #11 AND #12 AND #13

Tabelle: Suchstrategie

Zusätzlich zur systematischen Suche in den Datenbanken fand eine Handsuche statt. In Bibliotheken, Zeitschriften und im Internet wurde nach passender Literatur zum Thema gesucht.

### 3.2 Datenauswahl

Um die Forschungsfrage gezielt beantworten zu können, wurden Kriterien definiert, nach welchen die Studien für die Analyse ausgewählt wurden. Einbezogen wurden alle Studien, die zwischen 1998 und 2008 erschienen sind und in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden. Im Weiteren musste der Titel oder der Abstract Antwort auf die Fragestellung geben. Alle Altersklassen wurden miteinbezogen.

Die Studien, welche für die vorliegende Arbeit relevant erschienen, wurden entweder bestellt oder heruntergeladen. Von insgesamt 189 gefundenen Artikeln wurden nach Berücksichtigung der festgelegten Kriterien schliesslich acht Artikel, inklusive der Studie, die durch die

Handsuche gefunden wurde, für die Datenanalyse verwendet. Die Übersicht zu den einbezogenen Studien ist im Anhang C aufgeführt.

### 3.3 Datenanalyse

Die Studien, welche den festgelegten Kriterien entsprachen, wurden mehrmals gelesen, übersetzt und anschliessend tabellarisch zusammengefasst. Die Zusammenfassungen der Studien wurden nach folgenden Punkten erstellt: Ausgangslage, Design, Setting, Sample, Forschungsfrage / Ziel, Methode der Datensammlung und -analyse, Ethik, Hauptergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerungen und Evidenzgrad. Im Anhang D sind die Zusammenfassungen der Studien aufgeführt.

Die Einteilung des Evidenzgrades erfolgte nach der Evidenzhierarchie für Fragen nach dem persönlichen Erleben von Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk und Schultz (2005, zit. in Mayer, 2007) und ist im Anhang E ersichtlich. Diese Evidenzhierarchie wurde ausgewählt, da unterstützendes Verhalten auf Erfahrungen und Erleben beruht. Die Untersuchungen zum Thema folgen vorwiegend einem qualitativen Forschungsansatz. Der Evidenzgrad wird deshalb eingestuft, weil das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorschreibt, dass die Wirksamkeit einer Behandlung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2008). Im Weiteren soll die Positionierung der Pflege verbessert werden, die Pflegewissenschaft und –entwicklung einen besseren Stellenwert erhalten und die Pflegequalität evidenzbasiert verbessert werden. Behrens und Langer (2006, S.27) definieren evidenzbasierte Pflege als „Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden“.

Die Qualität von sieben ausgewählten Studien (Larsson et al., 2007; Cutcliffe, Stevenson, Jackson & Smith, 2006; Bürki, 2004; Wiklander et al., 2003; Samuelsson et al., 2000; Cardell & Pitula, 1999 & Talseth et al., 1999) wurde mittels der Kriterien für qualitative Studien nach Behrens und Langer (2006) beurteilt und mit einem Punktesystem bewertet. Die Aspekte Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit wurden mit einer Einzelnote bewertet. Anschliessend wurde die Gesamtnote berechnet. Die Qualität einer ausgewählten Studie (Sein Anand, Chodorowski, Blok & Barwina, 2005) wurde mit den „Kriterien zur kritischen Bewertung“ nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) für nicht-experimentelle Forschungsdesigns eingeschätzt. Für diese Studie wurde ebenfalls eine Gesamtnote berechnet. Die Benotung sieht folgendermassen aus:

Note < 4 = ungenügende Qualität

Note zwischen 4.0 und 4.5 = mittelmässige Qualität

Note zwischen 4.6 und 5.0 = gute Qualität

Note zwischen 5.1 und 5.5 = sehr gute Qualität

Note zwischen 5.6 und 6.0 = ausgezeichnete Qualität

Die Noten wurden mit folgender Formel berechnet:

$$\text{Note} = \frac{\text{Erzielte Punktzahl} \times 5}{\text{Mögliche Punktzahl}} + 1$$

Die Beurteilungen der Studien durch dieses Punktesystem sind im Anhang F ersichtlich.

## 4 Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden die Ergebnisse der einbezogenen Studien dargelegt. Zuerst werden die Merkmale der analysierten Studien beschrieben. Anschliessend werden die Studien und deren Ergebnisse beschrieben. Die Beschreibung der Studien erfolgt nach dem Erscheinungsjahr, begonnen mit der ältesten Studie. Zum Schluss wird die Qualität der analysierten Studien beschrieben.

### 4.1 Merkmale der analysierten Studien

In die folgende Analyse werden acht Studien einbezogen. Die analysierten Studien wurden zwischen 1999 und 2007 veröffentlicht. Bei sechs Studien handelt es sich um qualitative Forschungsansätze (Phänomenologie und Grounded Theory) von den Autoren Talseth, Lindseth, Jacobsson und Norberg (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson, Wiklander, Åsberg und Saveman (2000), Wiklander, Samuelsson und Åsberg (2003), Bürki (2004) und Cutcliffe, Stevenson, Jackson und Smith (2006). Bei einer Studie handelt es sich um eine methodenübergreifende Triangulation von den Autoren Larsson, Nilsson, Runeson und Gustafsson (2007) und bei einer Studie (Sein Anand, Chodorowski, Blok & Barwina, 2005) ist das Design nicht benannt.

Gemäss der Evidenzhierarchie für Fragen nach dem persönlichen Erleben von Fineout-Overholt et al. (2005, zit. in Mayer, 2007) entsprechen sieben Studien dem Evidenzgrad 2 und eine Studie dem Evidenzgrad 3.

Drei Studien stammen aus Schweden, jeweils eine aus Norwegen, Grossbritannien, Polen, der Schweiz und den USA. Sieben Studien sind in englischer Sprache und eine Studie in deutscher Sprache verfasst. Bei den Teilnehmern handelt es sich in sieben Studien um suizidale Patienten, welche entweder einen oder mehrere Suizidversuche begingen, den Wunsch ausgedrückt hatten, sich das Leben zu nehmen, oder Suizidgedanken hatten (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Sein Anand et al., 2005 & Cutcliffe et al., 2006). In einer Studie handelt es sich bei den Teilnehmern um Psychiatriepflegende (Larsson et al., 2007). Das Alter der Teilnehmer liegt zwischen 14 und 65 Jahren.

Die Durchführung von vier Studien wurde von einer Ethikkommission bewilligt und bei denselben vier Studien wurde die informierte Zustimmung (informed consent) der Teilnehmer eingeholt (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003 & Cutcliffe et al., 2006). In einer Studie wurde nur die Durchführung der Studie von einer Ethikkommission bewilligt (Larsson et al., 2007) und in einer Studie wurde nur die informierte Zustimmung von den Teilnehmern eingeholt (Bürki, 2004). Die Anonymität wurde in fünf Studien gewährleistet

(Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007).

Die Stichprobengrösse der Studien reicht von sechs bis 40. Alle Studien beschäftigten sich mit unterstützendem Verhalten der Pflegefachpersonen bei der Pflege / Betreuung von suizidalen Patienten. Bei sieben Studien wurden die Daten mittels Interviews erhoben (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Bei einer Studie wurde zusätzlich zum Interview ein Fragebogen verwendet (Larsson et al., 2007) und bei einer Studie wurden die Daten mittels eines Fragebogens erhoben (Sein Anand et al., 2005). Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und zwei Stunden. Bei den Fragebögen wurden die Daten einmalig gesammelt.

Die aus den Interviews gewonnenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse oder entsprechend der Phänomenologie oder Grounded Theory analysiert.

## 4.2 Beschreibung der analysierten Studien

Im Folgenden werden die acht Studien einzeln, geordnet nach dem Erscheinungsjahr, beschrieben.

Die Autoren Talseth et al. (1999) befragten in ihrer phänomenologischen Studie Patienten, welche entweder versucht haben, Suizid zu begehen, oder den Wunsch ausgedrückt haben, sich das Leben zu nehmen. Das Ziel der Studie war, dass stationär behandelte suizidale Patienten über ihre Erfahrungen bezüglich der Pflege, welche sie von Psychiatriepflegenden erhielten, berichten. 21 Patienten, davon neun Männer und zwölf Frauen, nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmer waren zwischen 25 und 63 Jahre alt. Der Spitalaufenthalt betrug zwischen 19 und 78 Tagen. Die Studie wurde in fünf Spitälern in Norwegen durchgeführt und zwar auf zwei Notfallstationen, zwei „sub-emergency rooms“ und auf einer psychogeriatrischen Abteilung.

Die Daten wurden mittels Interviews gesammelt. Vor den Interviews trafen sich die Bezugsperson des Patienten, der Patient und der erste Autor. Alle Beteiligten bekamen die Gelegenheit, einander kennen zu lernen. Der Autor gab Informationen über die Studie ab und beantwortete die anfallenden Fragen zur Studie. Am Ende dieses Treffens konnten die Patienten entscheiden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollen oder nicht. Die narrativen Interviews wurden vom ersten Autor durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet. Die Bezugspersonen der Teilnehmer waren während der Befragung nicht anwesend. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Die Patienten waren mindestens eine Woche hospitalisiert, bevor sie befragt wurden. Die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Erfahrungen bezüglich der Pflege, welche sie erhielten, zu erzählen. Das 21. Interview zeigte keine neuen In-

formationen, das heisst, dass die Datensättigung erreicht wurde und keine weiteren Interviews mehr durchgeführt werden mussten.

Für die Datenanalyse wurde eine phänomenologisch - hermeneutische Methode verwendet, die in drei Schritten durchgeführt wurde. Zuerst wurden die Interviews transkribiert und aufmerksam durchgelesen, um einen allgemeinen Eindruck zu erhalten. Anschliessend erfolgte die strukturelle Analyse. Sie umfasst die Gliederung der Transkription in Abschnitte, die Einteilung des Textes in sogenannte „meaning units“ (Bedeutungseinheiten), die Kodierung der Interviewinhalte und die Bildung von Themen und Unterthemen. Zum Schluss fand eine Reflexion statt.

Von den suizidalen Patienten wurden negative und positive Erfahrungen bezüglich der Pflege beschrieben. Die Teilnehmer beschrieben, dass die Pflegefachpersonen oft zu wenig Zeit für Gespräche hatten, da sie oft mit anderen Aufgaben beschäftigt waren. Weiter erzählten die Teilnehmer, dass die Pflegefachpersonen oft das Thema umgingen, wenn sie mit ihnen über ihre Suizidgedanken sprechen wollten. Die Patienten empfanden es als unterstützend, wenn die Pflegefachpersonen ihre wesentlichen Bedürfnisse, wie zum Beispiel Essen, Schlaf, Körperkontakt und Hygiene, beachteten. Zudem fanden es die Patienten hilfreich, wenn die Pflegefachpersonen sich um sie kümmerten, Zeit für sie hatten, sie verstanden und ihnen gegenüber Achtung zeigten. Weiter erlebten es die Patienten als Unterstützung, wenn die Pflegefachpersonen ihnen ohne Vorurteil zuhörten, auf ihre Fragen eingingen und offen zu ihnen waren. Eine ruhige Stimme, eine entspannte Körpersprache und Blickkontakt wurden von den Patienten als unterstützend erlebt. Auch das Akzeptieren der Gefühle, das Vermitteln von Hoffnung, Fürsorge und Aufmerksamkeit wurden von den Patienten als positiv empfunden. Dies machte es für die Patienten leichter, mit der Situation fertig zu werden. Die Patienten gaben dadurch nicht auf und sie hatten Verständnis dafür, dass es Zeit braucht, diese schwere Lebenssituation zu meistern. Die Teilnehmer erwähnten auch nicht unterstützendes Verhalten der Pflegefachpersonen. Die Patienten teilten mit, dass eine unterstützende Beziehung eine gute sei und eine Beziehung schlecht sei, wenn die Unterstützung fehle. Wenn das oben genannte unterstützende Verhalten fehlt, ist die Pflegebeziehung schlecht, kalt und ablehnend. Durch Unterstützung und Bestätigung bekamen die Patienten mehr Sicherheit und Stabilität in ihrem Selbstwertgefühl und fühlten sich sozial integriert. Wenn die Patienten keine Unterstützung und Bestätigung von den Pflegefachpersonen erfuhren, fühlten sich die Patienten ignoriert. Viele Pflegefachpersonen waren gegenüber den Patienten verschlossen und gaben ihnen keine Möglichkeit, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen. Dadurch fühlten sie sich leer, verletzt und wertlos, waren hoffnungslos und suchten Möglichkeiten, sich auf der Abteilung das Leben zu nehmen. Viele Pflegefachpersonen zeigten sich aber auch fürsorglich und aufmerksam. Sie verbrachten Zeit mit den Patienten, wenn diese verängstigt waren. Dadurch konnte die Angst

der Patienten verringert werden. Wenn sich die Pflegefachpersonen empathisch gegenüber den Patienten verhielten, fühlten sich die Patienten sicher und akzeptiert und konnten ihre Gefühle ausdrücken. Dieser Kontakt gab den Patienten Hoffnung.

Cardell und Pitula (1999) befragten in ihrer Studie suizidale Patienten, welche dauerhafte Überwachung von Psychiatriepflegenden erhielten. Bei dieser Studie handelt es sich um das Design der Grounded Theory. Das Ziel der Studie war, die Patienten über die Erfahrungen bezüglich der konstanten Überwachung zu befragen, um zu sehen, ob die Überwachung therapeutische Unterstützung mit sich bringt. 20 erwachsene suizidale Patienten, welche innerhalb der letzten zwei Wochen überwacht wurden, nahmen an der Befragung teil. Davon waren sieben männlich und 13 weiblich. Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 32 Jahre alt. Die Dauer der Überwachung betrug zwischen vier Stunden und sechs Tagen. 60 Prozent der Teilnehmer litten an einer Depression. An zweiter Stelle mit 55 Prozent stand die Borderline Persönlichkeitsstörung. 17 Patienten hatten zwei oder mehrere Diagnosen. Zwölf Patienten hatten bereits Erfahrung mit konstanter Überwachung. Die Teilnehmer wurden nicht randomisiert aus drei psychiatrischen Einrichtungen in den USA ausgewählt.

Die Informationen über die Erfahrungen der Patienten bezüglich der Überwachung wurden mittels ausführlichen und tiefgründigen Interviews gesammelt. Jeder Teilnehmer wurde mindestens zweimal befragt. Weitere Interviews wurden zur Verdeutlichung durchgeführt. Die Datensättigung wurde nach 47 Interviews erreicht. Es wurden 44 Interviews auf Tonband aufgezeichnet. Drei Patienten lehnten dies ab; daher wurden bei diesen Interviews Notizen gemacht.

Die Daten wurden nach der Grounded Theory analysiert. Themen wurden identifiziert und von beiden Autoren sowie einem aussenstehenden Experten für qualitative Forschung bestätigt.

Die Teilnehmer beschrieben therapeutische Aspekte der Überwachung, die eine Verminderung der Symptome und / oder eine Verbesserung des Wohlbefindens mit sich brachten sowie nicht therapeutische Aspekte der Überwachung. 13 Patienten drückten positive Gefühle gegenüber den Überwachern aus, vor allem wenn sie diese als freundlich und hilfsbereit wahrnahmen. Alle 20 Teilnehmer betonten, dass eine positive Haltung des Überwachers unterstützend auf sie wirkte. Die Überwacher wurden von den Patienten optimistisch wahrgenommen, wenn sie einfühlsam, hilfsbereit und hoffnungsvoll waren. Die Teilnehmer sagten, dass eine optimistische Haltung der Überwacher sie anregte, Schwierigkeiten anzugehen und ein positives Selbstkonzept begünstigte. Alle 20 Patienten äusserten, dass Anerkennung und Bestätigung unterstützend für eine hilfreiche Beziehung mit dem Überwacher sei. Durch anerkennende Verhaltensweisen, wie die Patienten grüssen, Empathie zeigen, die Patienten respektieren und Interesse für sie zeigen, konnte die Dysphorie,



Einsamkeit und Angst vermindert werden und das Wohlbefinden gesteigert werden. 17 Teilnehmer betonten, dass sich Ablenkung, wie handwerkliche oder sportliche Betätigungen, Karten spielen, Musik hören oder spielen und Gespräche führen, positiv auf ihre suizidalen Gedanken ausgewirkt hat, in dem sie weniger darüber nachgedacht haben. Durch die Ablenkung hatten die Patienten weniger negative Gedanken, die Angst und die Dysphorie wurden vermindert und die suizidalen Impulse wurden vorübergehend unterbrochen. Zehn Teilnehmer empfanden ermutigendes Verhalten und Bekräftigung in ihrem Selbstwert als unterstützend. Dadurch wurde ihr Selbstwertgefühl gesteigert und Hoffnung vermittelt. Alle 20 Teilnehmer erkannten, dass die Überwachung für ihren Schutz gemacht wurde. Sieben Teilnehmer betonten, dass die körperliche Anwesenheit des Überwachers Gefühle der Unterstützung bei ihnen erzeugte. Vier Teilnehmer glaubten, dass der Schutzaspekt der Überwachung ihr Leben gerettet hat. Acht Teilnehmer berichteten, dass sie während der Überwachung nach Möglichkeiten suchten, um einen Suizid zu begehen. Die Patienten erwähnten ebenfalls nicht therapeutische Aspekte wie Mangel an Empathie, Anerkennung, Privatsphäre, persönlichem Raum und Freiheit. 15 Teilnehmer berichteten Erleichterung, als die Überwachung beendet war.

Samuelsson et al. (2000) befragten in ihrer phänomenologischen Studie stationäre Patienten nach einem Suizidversuch. Das Ziel der Studie war, dass die suizidalen Patienten ihre erlebten Empfindungen bezüglich der stationären Pflege beschreiben sollten. 21 schwedisch sprechende stationär behandelte Patienten wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. 18 Patienten, davon zwölf Männer und sechs Frauen, stimmten der Teilnahme zu. Das Alter der Teilnehmer reichte von 18 bis 53 Jahre. Elf Teilnehmer nahmen eine Überdosis Drogen, drei haben sich die Pulsadern aufgeschnitten, zwei versuchten sich mit Kohlenmonoxid zu vergiften, einer sprang aus der Höhe und ein Teilnehmer versuchte vier verschiedene Methoden (Überdosis, Pulsadern aufschneiden, erhängen und ertrinken). Für sieben Patienten war es der erste Suizidversuch, sechs Patienten hatten schon einen vorausgehenden Suizidversuch und die restlichen fünf Patienten hatten schon mehrere Suizidversuche. Die meisten Teilnehmer hatten die Hauptdiagnose Depression. Die Studie wurde in einer psychiatrischen Abteilung im Karolinska Spital in Stockholm durchgeführt. Auf dieser Abteilung sind die Psychiatriepflegenden speziell dafür ausgebildet, suizidale Patienten zu betreuen.

Die Daten wurden mittels halbstrukturierten Interviews mit Hilfe eines Interviewleitfadens erhoben. Dieser enthielt folgende Themen: Aufnahme ins Spital, Gefühle und Reaktionen sowie positive und negative Erfahrungen während des Spitalaufenthalts. Die Befragungen fanden fünf bis 80 Tage nach dem Suizidversuch statt. Die Interviews wurden von zwei Autoren durchgeführt. Keiner der Interviewer arbeitete auf der Abteilung und keiner hatte die Patien-

ten vor den Interviews getroffen. Die Interviews begannen mit der Begründung des Ziels der Studie und der Vorstellung der Interviewer. Die Teilnehmer wurden anschliessend gebeten, über ihre Erfahrungen bezüglich der erhaltenen Pflege zu erzählen. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 70 Minuten und wurden auf Tonband aufgezeichnet.

Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse in fünf Schritten analysiert. Zunächst wurden die Interviews wortgetreu transkribiert. Dann wurden vier zentrale Kategorien gebildet. Im dritten Schritt wurden Übertitel gebildet, die Interviewinhalte kodiert und zu den vier Kategorien zugeteilt. Anschliessend fand eine Reduktion auf drei Kategorien statt und im letzten Schritt wurden zehn Unterkategorien gebildet.

Die erste Kategorie heisst „Ein psychiatrischer Patient sein“. Die Patienten beschrieben gemischte Gefühle während der Hospitalisation. Gefühle von Unbehagen, Nervosität, Versagen und Scham wurden häufig beschrieben. Viele Patienten beschrieben, dass sie sich während der Hospitalisation entlastet fühlten. Einige wiederum hatten Schwierigkeiten, die Hospitalisation zu akzeptieren. Die Situation, dass die Psychiatriepflegenden die Patienten ernst nahmen, wurde von den Patienten als unterstützend wahrgenommen. Die zweite Kategorie heisst „Empfindungen der erhaltenen Pflege und gegenüber den Psychiatriepflegenden“. Die Patienten berichteten positive und negative Empfindungen. Es wurden mehr positive Aspekte geäussert. Die Erfahrungen der Patienten wurden in folgende Kategorien eingeteilt: Fürsorge / Betreuung und Sicherheit, Hingabe und ein Mangel an Respekt, Bestätigung und Vernachlässigung sowie Einfühlungsvermögen und Vertrauen. Viele Patienten berichteten, dass die Psychiatriepflegenden Interesse an ihnen zeigten und sich um sie sorgten. Von den Patienten wurde vor allem Freundlichkeit beschrieben. Dies empfanden die Patienten als unterstützend. Dadurch fühlten sie sich auf der Abteilung willkommen und akzeptiert. Das Wort „Sicherheit“ wurde von mehr als der Hälfte der Patienten erwähnt. Auch ein Mangel an Fürsorge wurde von einigen Patienten erwähnt. Viele Patienten betonten die Wichtigkeit von Hingabe und Respekt. Dieses Verhalten unterstützte die Patienten. In vielen Situationen begegneten die Psychiatriepflegenden den Patienten mit Bestätigung und Respekt. In einzelnen Situationen wurde auch ein Mangel an Bestätigung beschrieben. In vielen Situationen beschrieben die Patienten, dass die Psychiatriepflegenden sie verstanden und ihren Suizidversuch ernst nahmen. Sie beschrieben es als unterstützend, wenn die Psychiatriepflegenden ihnen Hoffnung vermittelten und ihnen bei der Lösung ihrer Probleme halfen. In anderen Situationen fühlten sich die Patienten nicht verstanden und vernachlässigt. Die Patienten erfuhren genügend Feingefühl gegenüber ihren Wünschen, wenn sie Hilfe brauchten oder alleine gelassen werden wollten. Andere Patienten beschrieben Situationen, in denen sie mangelnde Empathie erhielten. Das Vertrauen wurde in vielen Interviews als unterstützend betont. Einige Patienten fühlten sich in ihrer Privatsphäre verletzt, wenn die Psychiatriepflegenden

nach gefährlichen Gegenständen suchten, um diese anschliessend zu beseitigen. Die dritte Kategorie heisst „Wichtige Aspekte, welche die psychiatrische Pflege unterstützen“. Fast alle Patienten beschrieben es als unterstützend, die Gelegenheit zu haben, mit den Psychiatriepflegenden zu sprechen und von ihnen verstanden zu werden. Viele Patienten erwähnten, dass sie dadurch ein besseres Verständnis bezüglich ihrer eigenen Reaktionen und Gefühle bekamen, was sehr wichtig für sie war. Für manche Patienten war es hilfreich zu wissen, dass ihre Schwierigkeiten als psychiatrische Störung gesehen werden kann und diese therapierbar ist. Viele Patienten schätzten es, dass die Psychiatriepflegenden ihnen anboten, Kontakt aufzunehmen, wenn sie nach ihrer Entlassung Hilfe bräuchten. Dies verstärkte das Gefühl von Sicherheit. Insgesamt beschrieben fast alle Patienten ihren Spitalaufenthalt als unterstützend.

Wiklander et al. (2003) befragten in ihrer phänomenologischen Studie stationäre Patienten nach einem Suizidversuch. Das Ziel der Studie war, Erfahrungen der Patienten bezüglich Scham zu analysieren und Aspekte der Pflege hervorzuheben, welche mit Scham in Verbindung stehen. 21 schwedisch sprechende stationär behandelte Patienten wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. 18 Patienten (sechs Frauen und zwölf Männer) stimmten der Teilnahme zu und wurden befragt. Davon wurden 13 Patienten (fünf Frauen und acht Männer) in die Analyse einbezogen. Die Teilnehmer waren zwischen 22 und 53 Jahre alt. Für fünf Teilnehmer war es der erste Suizidversuch, drei Teilnehmer hatten schon einen früheren Suizidversuch, drei Teilnehmer hatten schon zwei vorausgegangene Suizidversuche und zwei Teilnehmer hatten bereits drei oder mehrere Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte. Sieben Teilnehmer nahmen eine Überdosis Drogen, zwei Teilnehmer haben sich die Pulsadern aufgeschnitten, zwei Teilnehmer versuchten sich mit Kohlenmonoxid zu vergiften, einer sprang aus der Höhe und ein Teilnehmer versuchte vier verschiedene Methoden (Überdosis, Pulsadern aufschneiden, erhängen und ertrinken). Zwölf Teilnehmer wiesen eine psychische Krankheit auf. Die Studie wurde auf einer psychiatrischen Abteilung in Stockholm durchgeführt. Die Psychiatriepflegenden auf dieser Abteilung sind speziell dafür ausgebildet, suizidale Patienten zu betreuen.

Die Daten wurden mittels halbstrukturierten Interviews mit Hilfe eines Interviewleitfadens erhoben. Die Interviews wurden zwischen acht und 77 Tagen nach dem Suizidversuch von zwei Autoren durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet. Keiner der Autoren arbeitete auf der Abteilung oder hatte die Patienten vor den Interviews getroffen. Die Interviews dauerten ungefähr 60 Minuten. Die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Erfahrungen während der Hospitalisation bezüglich der Pflege zu erzählen. Sie wurden über ihre Gefühle, Gedanken und Reaktionen während des Spitalaufenthalts gefragt.

Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert. Zunächst wurden die Interviews wortgetreu transkribiert. Dann las der erste Autor die 18 Interviews durch und machte Randbemerkungen zu den Themen, die sich herauskristallisierten. Beschreibungen bezüglich Scham traten in 13 der 18 Interviews auf. Diese 13 Interviews wurden in die Analyse eingeschlossen. Anschliessend wurden alle Einheiten, welche Schamreaktionen beschrieben, von den Interviews kopiert. Die Daten wurden sortiert und es wurden Kategorien gebildet. Die Daten bezüglich Scham der verschiedenen Teilnehmer wurden miteinander verglichen. Zum Schluss verglich der zweite Autor die Themen bezüglich Scham mit den Interviews, um die Glaubwürdigkeit zu erhöhen. Beide Autoren waren derselben Meinung. Sechs Teilnehmer stimmten einem Follow-up Interview zu. Diese sechs Teilnehmer bestätigten die Schamreaktionen der ersten Interviews.

Die erste Kategorie heisst „Schamreaktionen“. Alle Teilnehmer waren nach dem Suizidversuch verzweifelt. Die erste Begegnung im Spital war für sie emotional schwierig. Manche waren schockiert über den Versuch, sich das Leben zu nehmen. Überlebt zu haben, war für manche Teilnehmer unerwartet und unangenehm. Sie erfuhren oft Scham unmittelbar nach dem Suizidversuch und während der ersten Begegnung mit den Psychiatriepflegenden. Das Verhalten der Psychiatriepflegenden während ihrer Behandlung war für die Teilnehmer sehr wichtig. Die Schamgefühle wurden durch Erleichterung ersetzt, wenn die Patienten Hilfe erhielten. Die Schamreaktionen wurden in folgende Unterthemen aufgeteilt: Gefühle von Versagen, Gefühle ausgeschlossen zu sein, sich über sich selbst schämen, Impulse sich zu verstecken oder zu fliehen, und Erfahrungen zu weit gegangen zu sein. Die zweite Kategorie heisst „Aspekte der Pflege, welche mit den Schamgefühlen in Verbindung stehen“. Die Teilnehmer erlebten mehrere Aspekte der psychiatrischen Pflege als beeinflussend für ihre Schamgefühle. Am wichtigsten für die Teilnehmer war, wie sie von den Psychiatriepflegenden behandelt wurden. Durch bestimmtes Verhalten der Psychiatriepflegenden wurde die Scham der Patienten gelindert oder verstärkt. Die Teilnehmer beschrieben, dass sie sehr sensibel gegenüber den Haltungen und dem Verhalten der Psychiatriepflegenden waren. Als unterstützend, um die Scham zu lindern, erlebten die Teilnehmer folgendes Verhalten: Wenn die Psychiatriepflegenden freundlich und respektvoll gegenüber ihnen waren. Dadurch konnten sie die Hospitalisation akzeptieren. Weiter unterstützend für die Patienten war, wenn sie von den Psychiatriepflegenden ernst genommen wurden und die Psychiatriepflegenden sie zu überzeugen versuchten, die Hospitalisation zu akzeptieren. Ebenso war es hilfreich, wenn die Psychiatriepflegenden Vertrauen in die Fähigkeiten der Patienten hatten, selber zu entscheiden und auf sich selber aufzupassen. Auch unterstützend für die Patienten war, wenn die Psychiatriepflegenden tolerant waren, wenige Ansprüche während dem Aufenthalt im Spital an sie hatten, taktvoll, verständnisvoll sowie nicht wertend ihnen gegenüber waren. Die Patienten empfanden es als hilfreich, wenn die Psychiatriepflegenden an der Individuali-

tät von ihnen interessiert waren, offen waren, Zeit für sie hatten, sie ermutigten, ruhig mit ihnen sprachen und genügend Informationen gaben, wie zum Beispiel über den Pflegeplan oder die Pflegehandlungen. Durch folgendes Verhalten der Psychiatriepflegenden wurde die Scham der Teilnehmer verstärkt: Wenn die Psychiatriepflegenden unsympathisch, respektlos, autoritär und bestrafend waren. Die Patienten empfanden es ebenfalls als nicht unterstützend, wenn die Psychiatriepflegenden nicht professionell waren und ihnen Entscheidungen bezüglich der Behandlung nicht mitteilten.

Bürki (2004) befragte in ihrer phänomenologischen Studie Patienten nach einem Suizidversuch. Das Ziel der Studie war zu erfahren, wie Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital das pflegerische Verhalten und die pflegerischen Interventionen erleben. Die Forschungsfrage war, welche pflegerischen Verhaltensweisen und Interventionen die Patienten nach einem Suizidversuch im Akutspital als unterstützend und welche als hindernd erleben. Sechs Teilnehmer (fünf Frauen und ein Mann), deren Suizidversuch nicht länger als zwei Monate zurücklag, wurden befragt. Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 18 und 65 Jahren. Die Teilnehmer waren physisch und psychisch in der Lage, an der Befragung teilzunehmen. Die Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Interviews in stationärer oder teilstationärer Behandlung. Die Teilnehmer wurden aus einem Kriseninterventionszentrum und einer Psychotherapie-Tagesklinik in einer Stadt der deutschsprachigen Schweiz durch eine Gelegenheitsstichprobe ausgewählt.

Die Daten wurden mittels semistrukturierten Interviews erhoben. Die Interviews wurden in einem ruhigen Raum durchgeführt und dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Der Verlauf der Interviews wurde durch einen Interviewleitfaden vorgegeben, die Reihenfolge und die Formulierung der Fragen konnten geändert und der Situation angepasst werden. Dieser Interviewleitfaden wurde anhand zweier Probeinterviews mit Probanden überprüft. Die Interviews wurden auf einem Tonband aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Nach den Interviews wurden schriftliche Aufzeichnungen über Beobachtetes und Eindrücke als Memo festgehalten. Die Datensammlung erfolgte während drei Monaten.

Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach der Methode von Colaizzi analysiert. Der Analyseprozess umfasst sieben Schritte. Als Erstes wurden die transkribierten Tonbandaufzeichnungen gelesen. Im zweiten Schritt wurden bedeutsame Aussagen und Phrasen herausgefiltert und im dritten Schritt wurden aus den Aussagen und den Phrasen Bedeutungen formuliert. Im vierten Schritt wurden Themengruppen für die Beschreibungen der Teilnehmer gebildet. Die formulierten Bedeutungen wurden zu Themengruppen zusammengefasst. Anschliessend wurden die Themengruppen miteinander verglichen und es wurde versucht, gleiche Themengruppen zu finden. Im fünften Schritt wurden die Ergebnisse der vorläufigen Datenanalyse in eine Beschreibung des Themas integriert. Als sechster

Schritt wurde die Beschreibung des Phänomens auf seine essentiellen Strukturen reduziert. Als letzter Schritt fand eine Validierung durch zwei Teilnehmer statt. Neue relevante Daten, welche die zwei Teilnehmer hinzufügten, wurden integriert.

Die Patienten empfanden es als unterstützend, wenn jemand für sie da war, der Zeit für sie hatte. Zeit zu bekommen, ohne Erwartungen und Forderungen, wurde als unterstützend erlebt, ebenso, dass kein zeitlicher Druck, keine Wartezeiten und keine Hektik für sie spürbar waren. Wenn die Pflegefachpersonen Zeit für die Patienten hatten, wurde die Angst der Patienten durch die beruhigende Wirkung der Gespräche reduziert. Die Patienten empfanden es als positiv, wenn jemand für sie da war, der ihnen zuhörte und somit ein Gespräch möglich machte. Ein Gespräch wurde ebenfalls als klärend erlebt. Es wurde als hilfreich empfunden, wenn die Pflegefachpersonen ein Gespräch begannen. Während des Gesprächs wurde die echte Anteilnahme als hilfreich erlebt. Wichtig war den Patienten die notwendige Distanz der Pflegefachpersonen im Sinne von Zurückhaltung und Respekt gegenüber dem Gesagten. Eine regelmässige und enge Unterstützung und Überwachung wurde als gut und wichtig von den Patienten erlebt. Die Zuwendung der Pflegefachpersonen wurde als wertschätzend, ernst genommen zu werden und als Interesse bekundend erlebt. Zuwendung wurde während der Eintrittsphase besonders positiv erlebt. Das Gefühl, Schutz zu erhalten, wurde als positiv erlebt. Für die Patienten war es ebenfalls wichtig, dass sie genügend Informationen von den Pflegefachpersonen bekamen (wie zum Beispiel wer für die Pflege zuständig ist, wann Schichtwechsel ist sowie sich Vorstellen mit dem Namen). Für die Patienten war es unterstützend, wenn eine Bezugsperson für sie bestimmt wurde. Das freundliche, ehrliche, aufmerksame und hilfsbereite Verhalten der Pflegefachpersonen wurde von den Patienten als unterstützend erlebt, vor allem für die Beziehung zwischen ihnen und den Pflegefachpersonen. Als vorbildlich werden viel Zuwendung und angepasstes Verhalten betrachtet. Echt sein und ernst nehmen sowie eine spürbare Übereinstimmung von Haltung, Mimik, Gestik, Kommunikation und Handlung im Verhalten, hatten eine hohe Bedeutung für die Patienten. Das Vertrauen zwischen den Patienten und den Pflegefachpersonen wurde als hilfreich beschrieben. Die Patienten betonten auch, dass sie die Berufserfahrung der Pflegefachpersonen wahrnahmen, was sich in Form von Beruhigung, Sicherheit und weniger Angst auswirkte. Ein Einzelzimmer wurde als Vorteil und für diese Situation als unterstützend von den Patienten erlebt. Keine Gespräche, nicht angepasste oder keine Einschätzung der Suizidalität, eingeschränktes selbstbestimmtes Handeln, negatives Verhalten der Pflegefachpersonen, ein Mangel an Empathie, Anerkennung, Privatsphäre und Information wurden als nicht unterstützend erlebt.

Sein Anand et al. (2005) untersuchten in ihrer Studie 40 Patienten nach einem Suizidversuch. Das Design wurde in dieser Studie nicht benannt. Das Ziel der Studie war, die soziale

Unterstützung, welche Patienten nach einem Suizidversuch bekommen, auszuwerten. 40 Teilnehmer, davon 32 Frauen und acht Männer, nahmen an der Untersuchung teil. Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 14 und 53 Jahren. Alle Teilnehmer waren in der „Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk“ während zwei Wochen im Mai 2004 hospitalisiert. 19 der Frauen und vier der Männer haben ihren Suizidversuch geplant. Die Hauptgründe für den Suizidversuch waren familiäre oder finanzielle Probleme sowie Probleme mit dem Arbeitgeber oder den Kindern.

Die Daten wurden mittels eines Fragebogens gesammelt. Die Teilnehmer wurden von den Pflegefachpersonen mit einem speziellen Fragebogen befragt.

Zur Datenanalyse wurden in der Studie keine Angaben gemacht.

Soziale Unterstützung (emotional, wertschätzend, instrumentell und informativ) von Seiten der Pflegefachpersonen ist ein sehr wichtiger Faktor in der Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch. Die meisten Patienten schätzten die emotionale Unterstützung sehr, die ihnen die Pflegefachpersonen gaben. Fast alle Patienten erwähnten, dass die Pflegefachpersonen aufmerksam und fürsorglich waren (97%), ihre Bedürfnisse beachteten (95%) und die Pflegefachpersonen da waren, wenn sie Hilfe gebraucht haben. All das wurde von den Patienten als unterstützend erlebt. Alle Patienten betonten, dass ihnen die Pflegefachpersonen Kraft gaben, um ihre Meinung über den Suizidversuch zu ändern. Die Patienten erwarteten mehr Motivation von den Pflegefachpersonen, um ihre Haltung gegenüber Suizidversuchen zu ändern. Die Patienten empfanden es als hilfreich, wenn sie gelobt wurden, vor allem wenn sie Aktivitäten des täglichen Lebens sehr gut erledigten. Fast alle Patienten fanden, dass die Pflegefachpersonen ihnen halfen, ihr Selbstwertgefühl wieder aufzubauen (97.5%). Alle Patienten hatten das Gefühl, dass sie ernst genommen wurden (100%). Fast alle Patienten (90%) schätzten die Pflegefachpersonen als professionell ein; lediglich 2.5% der Patienten waren anderer Meinung und 7.5 % hatten keine Meinung. Die Patienten betonten, dass mehr Hilfe in den täglichen Aktivitäten, wie zum Beispiel bei der Körperpflege, dem Anziehen und dem Essen, für sie unterstützend gewesen wäre. Die Patienten wurden vollständig über ihren Gesundheitszustand informiert. Für die Patienten war es hilfreich, wenn ihre Angehörigen durch die Pflegefachpersonen angemessen informiert wurden. Gemäss einigen Patienten wurden ihre Familienangehörige nicht angemessen informiert (22.5%).

Cutcliffe et al. (2006) befragten in ihrer Studie suizidale Patienten. Bei der Studie handelt es sich um das Design der Grounded Theory. Die Studie zielte darauf ab festzustellen, ob Psychiatriepflegende bedeutsame Interventionen bei suizidalen Patienten durchführen und wenn ja welche. Es sollte eine Theorie über die psychiatrische Pflege von suizidalen Personen entwickelt werden. Die Autoren wollten wissen, wie Psychiatriepflegende dem Patienten

helfen können, sich von einer totorientierten Perspektive hin zu einer lebensorientierten zu bewegen. 20 Teilnehmer nahmen an der Befragung teil. Die Teilnehmer waren über 18 Jahre alt und hatten entweder Suizidgedanken oder einen Suizidversuch. Sie hatten stationäre Pflege in einer Tagesklinik von Psychiatriepflegerinnen erhalten. Die Teilnehmer wurden aus zwei städtischen Regionen in Grossbritannien durch die theoretische Stichprobenbildung ausgewählt.

Die Daten wurden mittels halbstrukturierten Interviews gesammelt. Die Interviews dauerten ein bis zwei Stunden und fanden in einem ruhigen Raum statt. Meistens fanden die Interviews zu Hause statt. Jedes Interview wurde auf Tonband aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert. Das Forschungsteam verwendete vorwiegend explorative Fragen. Sobald sich die Theorie zu entwickeln begann, wurde eine Kombination von explorativen und bestätigenden Fragen verwendet. Als sich die theoretischen Kategorien zu sättigen begannen, wurden vorwiegend bestätigende Fragen gebraucht.

Die Datensammlung und die Datenanalyse verliefen nicht linear, sondern wechselten einander ab. Die Analyse fand in drei Schritten statt. Als erster Schritt wurden die Interviews transkribiert und die Interviewinhalte offen kodiert. Anschliessend wurden die Daten sorgfältig Zeile für Zeile untersucht, in einzelne Teile gegliedert und auf Ähnlichkeiten und Unterschiede überprüft. Die Codes der Daten wurden in Clustern zusammengefasst, um daraus Kategorien zu bilden. Im zweiten Schritt wurde eine Theorie gebildet. Die Daten wurden reduziert und selektiv ausgewählt (Verdichtung). Jede Kategorie wurde mit den anderen Kategorien verglichen, um Zusammenhänge zwischen ihnen zu finden. Anschliessend wurden Oberbegriffe gebildet. Als letzter Schritt fand das theoretische Kodieren statt. Hier wurden Konzepte miteinander verglichen. Jeder im Forschungsteam war in die Datensammlung und in die Datenanalyse involviert.

Die zentrale Kategorie (Core-Variable) der Theorie heisst „Wiederverbinden mit der Menschheit / Gesellschaft“. Dies ist wichtig, um den Patienten von einer totorientierten Perspektive hin zu einer lebensorientierten bewegen zu können. Zurück zur Gesellschaft führen durch verständnisvolles Verhalten und Zulassen von Gefühlsäusserungen. Die Pflegefachpersonen sind die Brücke zurück zur Gesellschaft. Diese Core-Variable umfasst drei Phasen.

Die erste Phase heisst „Menschenbild reflektieren“. Die erste Kategorie in dieser Phase heisst „Erfahrung von Intensität, Wärme und pflegebasierter Interaktion“. Die Pflegefachpersonen vermittelten das Gefühl, dass die Patienten wichtig sind und dass sie sich für sie interessieren. Solche Gefühle und Erfahrungen wirkten den negativen Perspektiven und den Suizidgedanken der Patienten entgegen. Diese Gefühle und Erfahrungen halfen den Patienten zu fühlen, dass sie nicht alleine sind. Unterstützend für die suizidalen Patienten ist folgendes: Mitgefühl zeigen, Verständnis aufbringen, zuhören, Zeit verbringen, da sein, über ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen sprechen können, ohne dass die



Pflegefachpersonen urteilen, eine zwischenmenschliche Atmosphäre herstellen sowie herzlich und warm sein. Die zweite Kategorie in der ersten Phase heisst „Verändern der suizidalen Gedanken durch die Begegnung mit gegensätzlichen Erfahrungen“. Die suizidalen Patienten können ihre Erfahrungen negativ deuten. Die Pflegefachpersonen verstanden und erkannten diese suizidalen Gedanken an. Die suizidalen Patienten konnten diese Gedanken abbauen, wenn sie ihre Glaubensansätze, Werte und falschen Selbsterwartungen veränderten und die Hoffnungslosigkeit nicht annahmen.

Die zweite Phase heisst „Den suizidalen Menschen zurück zur Menschheit / Gesellschaft führen“. Die erste Kategorie in dieser Phase heisst „Einblick und Verständnis der Situation und der Erfahrungen der suizidalen Person“. Dadurch kann der suizidale Patient verstehen, dass er nicht unheilbar von der Menschheit / Gesellschaft getrennt ist und dass es einen Weg zurück ins Leben gibt. Die suizidalen Patienten waren überzeugt, dass es wichtig ist, die Kontrolle über die suizidalen Gedanken zu übernehmen. Die zweite Kategorie heisst „Präsuizidale Vorstellungen unterstützen und verstärken“. Die suizidalen Patienten beschrieben, wie ihre präsuizidalen Vorstellungen hoffnungsvoll und hinweisend waren, dass das Leben lebenswert ist und es wichtig ist, dass sie ein Teil der Menschheit / Gesellschaft sind. Demzufolge beschäftigt sich diese Kategorie mit den Versuchen der Pflegefachpersonen, die suizidalen Patienten zu diesen hoffnungsvolleren Vorstellungen zu führen, sie zu unterstützen und anzuregen, ihre suizidalen Gedanken abzubauen. Die dritte Kategorie heisst „Eine neue zwischenmenschliche, helfende Beziehung aufbauen“. Die suizidalen Patienten äusserten Erleichterung durch das Sprechen über ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen. Die Patienten äusserten, dass sie ihre Gefühle gegenüber den Pflegefachpersonen freier äussern konnten als innerhalb der Familie. Mit den Pflegefachpersonen konnten die suizidalen Patienten offener sprechen. Daraus resultiert ein Gefühl der Befreiung. Zudem konnten sie mit den Pflegefachpersonen in einem nicht wertenden Ambiente sprechen und dies gab ihnen das Gefühl von Sicherheit. Die Pflegebeziehung ist sehr wichtig, um die suizidalen Patienten zurück zur Menschheit / Gesellschaft zu führen.

Die dritte Phase heisst „Lernen zu leben“. Die erste Kategorie in dieser Phase heisst „Anpassen des Umgangs mit vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Krisen“. In diesem Prozess ist es unterstützend, der Suizidalität einen Sinn zu geben. Die Pflegefachpersonen unterstützen diesen Prozess kontinuierlich und helfen, neue Muster zu entwickeln. Dies ist ein langer und komplexer Prozess. Durch diesen Prozess verstehen die suizidalen Patienten mehr über die Bedeutung des Suizidversuches. Dieses Verständnis gibt den suizidalen Patienten Kraft. Die zweite Kategorie heisst „Weitergehen, zurück in die Gesellschaft“. Es ist wichtig, dass die suizidalen Patienten zurück ins Leben finden, jedoch mit einer anderen

Verbindung zum Suizid. Die suizidalen Patienten sollen dem Suizidversuch einen Sinn geben.

Larsson et al. (2007) untersuchten in ihrer Studie Psychiatriepflegende. Bei dieser Studie handelt es sich um eine methodenübergreifende Triangulation; das heisst, die Daten wurden qualitativ und quantitativ gesammelt und analysiert. Vorgängig wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Das Ziel der Studie war, die psychiatrische Pflege von suizidalen Patienten von einer handlungstheoretischen und bestätigenden Perspektive zu beschreiben, indem man das „Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence-Modell“ (SAUC) verwendete. Die Forschungsfragen waren, ob sich die Psychiatriepflegenden bewusst sind, wie wichtig Treffen und Begegnungen für suizidale Patienten sind, und ob die Psychiatriepflegenden Ziele und Strategien haben, um die Ressourcen der Patienten zu stärken. Von 37 Psychiatriepflegenden stimmten 29 der Teilnahme zu (78%), davon waren 23 weibliche und sechs männliche Teilnehmer. Die Teilnehmer waren zwischen 27 und 64 Jahre alt. Die Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege reichte von sechs Monaten bis zu 34 Jahren. Die Psychiatriepflegenden wurden in einem Krankenhaus in Stockholm mit 13 Bettenstationen durch eine systematische Stichprobenbildung (jede dritte Psychiatriepflegende) ausgewählt. Die Daten wurden mittels semistrukturierten Interviews und Fragebögen gesammelt. Die Psychiatriepflegenden wurden über einen Brief kontaktiert, welcher Informationen über die Studie enthielt. Eine Woche später rief der Interviewer den voraussichtlichen Teilnehmern an. Bei Zustimmung der Teilnehmer wurde die Zeit und der Platz für das Interview vereinbart. Die narrativen Interviews waren zeitlich nicht begrenzt und wurden auf Tonband aufgezeichnet. Die Interviews dauerten durchschnittlich 30 Minuten. Die Interviews begannen mit offenen Fragen über die Pflege allgemein, gefolgt von spezifischen Fragen zur Pflege von suizidalen Patienten. Nach den Interviews erhielten die Teilnehmer einen Fragebogen mit 27 Fragen und einer Punkteskala, der die Phasen des SAUC-Modells abdeckt, um den Schwerpunkt der Pflege zu untersuchen. 21 von 29 Psychiatriepflegenden (72%) schickten den Fragebogen zurück. Das SAUC-Modell umfasst Sympathie ausdrücken (S), Akzeptanz zeigen (A), Verständnis entwickeln (U) und Kompetenz aufzeigen (C).

Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse in fünf Schritten analysiert. Im ersten Schritt wurden die transkribierten Tonbandaufzeichnungen durch die zwei Autoren Larsson und Gustafsson gelesen. Im zweiten Schritt wurden die bedeutsamen Aussagen über die Pflege herausgefiltert. Im dritten Schritt wurden aus den Aussagen der Teilnehmer sogenannte „meaning units“ (Bedeutungseinheiten) identifiziert. Anschliessend wurden Themen und Unterthemen gebildet, in dem das SAUC-Modell als theoretischer Rahmen verwendet wurde. Im vierten Schritt wurden die Bedeutungseinheiten kodiert. Als letzter Schritt wurde eine Inhaltsanalyse, getrennt von Larsson und Gustafsson, durchgeführt.

Wenn sie nicht derselben Meinung waren, wurde diskutiert, um eine Vereinbarung bezüglich der Kodes zu finden.

Die Fragebögen zeigten, dass die Psychiatriepflegenden die Personenunterstützung und die Selbstunterstützung als gleich wichtig betrachten und sie gaben an, auch dementsprechend zu arbeiten. Die Interviews zeigten, dass die „meaning units“ der A-Phase die häufigsten sind (31%), gefolgt von den „meaning units“ der C-Phase (25%), der S-Phase (22%) und der U-Phase (21%). Die Fragebögen zeigten, dass die Psychiatriepflegenden ihre Pflege von suizidalen Patienten gleichermaßen hoch in den verschiedenen SAUC-Phasen einschätzten.

Die Kodierung der 248 „meaning units“ im SAUC-Modell zeigte, dass 205 entweder die Personen unterstützen oder nicht unterstützen. Die S-Phase, also Sympathie ausdrücken (39/205), umfasst Behutsamkeit, Nähe, Zugänglichkeit und Bestätigung. Dazu gehören die wesentlichen Bedürfnisse der suizidalen Patienten zu beachten, bei den Patienten zu sein, zugänglich zu sein und die Patienten zu bestätigen, in dem die Psychiatriepflegenden aufmerksam sind. Keine Sympathie ausdrücken (8/205), umfasst die ungenügende Beschäftigung, zum Beispiel die Patienten zu ignorieren oder unaufmerksam zu sein. Die A-Phase, also Akzeptanz zeigen (41/205), umfasst akzeptierend zu sein, nicht wertend zu sein, Respekt zu zeigen und aufmerksam zuzuhören, wie zum Beispiel die Patienten über ihren Todeswunsch sprechen zu lassen, ohne sie zu unterbrechen oder Einwände zu machen, den Patienten zu erlauben, über ihre Hoffnungslosigkeit zu sprechen, den Suizidversuch nicht in Frage zu stellen und die Patienten ernst zu nehmen. Keine Akzeptanz zeigen (14/205), umfasst den suizidalen Patienten nicht ausreichend zuzuhören oder den Suizidversuch nicht ernst zu nehmen. Die U-Phase, also Verständnis entwickeln (33/205), umfasst die aktuellen Suizidpläne oder Suizidgedanken durch Gespräche ausfindig zu machen. Kein Verständnis entwickeln (16/205), umfasst die suizidalen Patienten nicht zu erreichen und deshalb ihre Suizidgedanken nicht zu erkennen. Die C-Phase, also Kompetenz aufzeigen (46/205), bedeutet, den Patienten zu verstehen geben, dass die Handlungen, welche durchgeführt werden, zu ihrem eigenen Wohl getan werden. Den Patienten sollen die Zwangshandlungen und die Entscheidung dazu erklärt werden, um das Gefühl der Kränkung zu reduzieren. Keine Kompetenz aufzeigen (8/205) umfasst, den Patienten nicht erklären zu können, warum Zwangshandlungen durchgeführt werden.

Die Kodierung der 248 „meaning units“ im SAUC-Modell zeigte, dass 43 die Selbstunterstützung oder keine Selbstunterstützung betrafen. Die S-Phase betrifft hauptsächlich die Wichtigkeit der Informationen. Wenn die suizidalen Patienten die Gründe für die Zwangshandlungen verstanden, konnten Alternativen gefunden werden (10/43). Die A-Phase umfasst die Begleitung der suizidalen Patienten und die Gespräche. Die Psychiatriepflegenden beschrieben, wie sie die Patienten unterstützten, ihre Haltung zu überprüfen (15/43). Die Psychiatriepflegenden waren enttäuscht, wenn die suizidalen

Patienten, mit denen sie ein Bündnis eingingen, sich selber verletzten (8/43). Die U-Phase umfasst die Wichtigkeit, den suizidalen Patienten die Freiheit zu lassen, wenn möglich selber Entscheidungen zu treffen (2/43). Zudem sollten die Psychiatriepflegenden den Patienten Hoffnung vermitteln (2/43). Die C-Phase umfasst die Stärkung des Selbstvertrauens der Patienten sowie ihre Ressourcen zu erkennen und zu fördern (6/43).

## 4.3 Qualität der Studien

Zuerst wird ein Überblick über die Gesamtqualität der analysierten Studien gegeben. Anschliessend werden bei sieben Studien (Talseth et al., 1999; Cardell und Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) die Einzelbewertungen für die Aspekte Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2006) und bei einer Studie (Sein Anand et al., 2005) die Beurteilung mittels der „Kriterien zur kritischen Bewertung“ nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) für nicht-experimentelle Forschungsdesigns dargestellt.

### 4.3.1 Gesamtqualität der Studien

Die Studie von Bürki (2004) verzeichnet mit der Note 5.2 eine sehr gute Gesamtqualität. Die Studien von Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003) und Cutcliffe et al. (2006) weisen mit einer Note zwischen 4.8 und 5.0 eine gute Gesamtqualität auf. Die Studie von Larsson et al. (2007) verzeichnet mit der Note 4.5 eine mittelmässige Gesamtqualität und in der Studie von Sein Anand et al. (2005) ist die Gesamtqualität mit der Note 3.5 ungenügend. Die Benotung der Studien ist in der Tabelle auf der Seite 36 ersichtlich.

### 4.3.2 Beurteilung der Glaubwürdigkeit

Die Glaubwürdigkeit der Studie von Talseth et al. (1999) ist mit der Note 5.2 sehr gut. In den Studien von Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003), Bürki (2004), Cutcliffe et al. (2006) und Larsson et al. (2007) ist die Glaubwürdigkeit mit einer Note zwischen 4.7 und 5.0 gut.

In sechs Studien wurde das Forschungsthema diskutiert (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007). In der Studie von Cutcliffe et al. (2006) wurde das Forschungsthema nur teilweise diskutiert.

In sieben Studien ist das Ziel der Studie klar definiert (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Bei den Studien von Bürki (2004) und Larsson et al. (2007) wurden zusätzlich zum Ziel Forschungsfragen formuliert.

Bei den Studien von Talseth et al. (1999) und Bürki (2004) handelt es sich um das Design der Phänomenologie und bei den Studien von Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003) und Larsson et al. (2007) weisen die Datensammlung und die Datenanalyse auf das Design der Phänomenologie hin. Bei den Studien von Cardell und Pitula (1999) und Cutcliffe et al. (2006) handelt es sich um das Design der Grounded Theory.

Bei sieben Studien wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, jedoch wurde der Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht explizit erwähnt (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007).

Bei den sieben Studien von Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003), Bürki (2004), Cutcliffe et al. (2006) und Larsson et al. (2007) ist die Auswahl der Teilnehmer passend zum Ziel und begründet. Bei der Studie von Cardell und Pitula (1999) wurden die Teilnehmer nicht randomisiert, bei der Studie von Bürki (2004) durch eine Gelegenheitsstichprobe, bei der Studie von Cutcliffe et al. (2006) durch eine theoretische Stichprobenbildung und bei der Studie von Larsson et al. (2007) durch eine systematische Stichprobenbildung ausgewählt.

Die Teilnehmer von sieben Studien wurden ausreichend beschrieben und ihr Umfeld wurde teilweise beschrieben (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Bei den Teilnehmern von sechs Studien handelt es sich um suizidale Patienten (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006) und bei einer Studie handelt es sich bei den Teilnehmern um Psychiatriepflegende (Larsson et al., 2007). Bei diesen sieben Studien wurde beschrieben, auf was für einer Abteilung sich die Teilnehmer befanden und in welcher Ortschaft. Die Perspektive der Forscher wurde in den Studien von Cardell und Pitula (1999), Wiklander et al. (2003) und Larsson et al. (2007) nicht und in den Studien von Talseth et al. (1999), Samuelsson et al. (2000), Bürki (2004) und Cutcliffe et al. (2006) nur teilweise, in Form von Empfehlungen für die Praxis, beschrieben.

Die Datensammlung wurde in sieben Studien detailliert beschrieben (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Die Daten wurden mittels Interviews und bei einer Studie zusätzlich mit einem Fragebogen gesammelt (Larsson et al., 2007). Die Daten der Studie von Talseth et al. (1999) wurden entsprechend der Phänomenologie und die Daten der Studien von Cardell und Pitula (1999) und Cutcliffe et al. (2006) wurden entsprechend der Grounded Theory analysiert. Bei vier Studien wurden die Daten mittels der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert (Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007). In den Studien von Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999) und Cutcliffe et al. (2006) erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung. In vier Studien wurde die Datensättigung nicht beschrieben (Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007).

### 4.3.3 Beurteilung der Aussagekraft

In den Studien von Wiklander et al. (2003) und Bürki (2004) ist die Aussagekraft mit der Note 6.0 ausgezeichnet. Die Aussagekraft von fünf Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) ist mit der Note 4.3 mittelmässig.

Die Ergebnisse sind in sieben Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. In diesen Studien wurden Zitate der Teilnehmer zur Untermauerung der Ergebnisse aufgeführt.

Bei den Studien von Cardell und Pitula (1999), Bürki (2004), Cutcliffe et al. (2006) und Larsson et al. (2007) fand ein Konsens im Forscherteam statt. Bei Uneinigkeiten zwischen den Forschern wurde diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde. In drei Studien gab es keinen Hinweis, dass kein Konsens im Forscherteam gefunden wurde (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000 & Wiklander et al., 2003). In den Studien von Wiklander et al. (2003) und Bürki (2004) wurden die Ergebnisse durch die Teilnehmer validiert. Bei der Studie von Wiklander et al. (2003) fand eine Validierung durch 33 Prozent der Teilnehmer statt (sechs von 18 Teilnehmern) und bei der Studie von Bürki (2004) fand ebenfalls eine Validierung durch 33 Prozent (zwei von sechs Teilnehmern) statt. In fünf Studien wurde keine Validierung durch die Teilnehmer durchgeführt (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007).

### 4.3.4 Beurteilung der Anwendbarkeit

Die Anwendbarkeit der Studien von Bürki (2004) und Cutcliffe et al. (2006) ist mit der Note 6.0 ausgezeichnet. In den Studien von Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000) und Wiklander et al. (2003) ist die Anwendbarkeit mit der Note 4.8 gut. Die Anwendbarkeit der Studie von Larsson et al. (2007) ist mit der Note 3.5 ungenügend.

In sechs Studien helfen die Ergebnisse, die suizidalen Patienten in ihrer Umgebung besser zu verstehen (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006). In diesen Studien wurde unterstützendes und nicht unterstützendes Verhalten der Pflegefachpersonen von Seiten der suizidalen Patienten beschrieben. In der Studie von Larsson et al. (2007) helfen die Ergebnisse, die Patienten teilweise besser zu verstehen. Hier wurde untersucht, wie die Psychiatriepflegenden ihre Pflege von suizidalen Patienten beschreiben.

In der Studie von Bürki (2004) wird beschrieben, dass die unterstützenden Interventionen und Verhaltensweisen im Akutspital sowie in einer psychiatrischen Einrichtung eingesetzt werden können. Das Forschungsdesign erlaubt eine praxisnahe Verwendung der gewonne-

nen Resultate. In der Studie von Cutcliffe et al. (2006) wird erwähnt, dass das unterstützende Verhalten der Pflegefachpersonen auch in anderen Settings angewendet werden kann. In fünf Studien sind keine Möglichkeiten der Anwendung explizit erwähnt, jedoch ist ersichtlich, wo dieses unterstützende Verhalten angewendet werden kann (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003 & Larsson et al., 2007).

#### **4.3.5 Beurteilung mittels der „Kriterien zur kritischen Bewertung“ für nicht-experimentelle Forschungsdesigns**

Die Studie von Sein Anand et al. (2005) weist mit der Note 3.5 eine ungenügende Gesamtqualität auf.

Das Design der Studie wurde nicht benannt. Ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen wurde für die Untersuchung verwendet. In der Studie ist kein theoretischer Bezugsrahmen ersichtlich. Das Design stimmt mit dem Ziel der Studie überein und ist geeignet für das Forschungsproblem, denn durch die Fragebögen konnte die soziale Unterstützung, welche die Patienten nach dem Suizidversuch erhielten, ausgewertet werden. Die Ergebnisse wurden in Tabellenform dargestellt. In der Studie wurden keine Ursache-Wirkung-Beziehungen abgeleitet. Es gibt keine Gründe für die Annahme, dass es noch andere Erklärungen für die Ergebnisse gibt. Alle Teilnehmer wurden mittels Fragebögen mündlich befragt. Es sind keine Angaben über Unterschiede in der Datensammlung erwähnt. Die Forscher dieser Studie diskutierten die Gefahren für die interne und externe Validität nicht. Es wurden keine Beschränkungen der Studie beschrieben.



<b>Autor</b>	<b>Note Glaubwürdigkeit</b>	<b>Note Aussagekraft</b>	<b>Note Anwendbarkeit</b>	<b>Note Gesamtqualität</b>
<b>Talseth et al. (1999)</b>	5.2	4.3	4.8	5.0
<b>Cardell &amp; Pitula (1999)</b>	5.0	4.3	4.8	4.9
<b>Samuelsson et al. (2000)</b>	4.8	4.3	4.8	4.8
<b>Wiklander et al. (2003)</b>	4.7	6.0	4.8	4.9
<b>Bürki (2004)</b>	4.8	6.0	6.0	5.2
<b>Sein Anand et al. (2005)</b>	-	-	-	3.5
<b>Cutcliffe et al. (2006)</b>	4.8	4.3	6.0	4.9
<b>Larsson et al. (2007)</b>	4.7	4.3	3.5	4.5

Tabelle: Benotung der Studien

## 5 Diskussion

Im Diskussionsteil werden zunächst die Merkmale der analysierten Studien und die Hauptergebnisse nochmals aufgegriffen und diskutiert. Anschliessend wird die Qualität der Studien diskutiert. Zum Schluss des Diskussionsteils werden im Abschnitt „kritische Würdigung“ die Stärken, Schwächen und Grenzen der vorliegenden Arbeit dargelegt.

### 5.1 Diskussion der Merkmale der analysierten Studien

Bei den analysierten Studien handelt es sich um sechs qualitative Forschungsansätze von den Autoren Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003), Bürki (2004) und Cutcliffe et al. (2006). Bei der qualitativen Forschung geht es um die Untersuchung von menschlicher Erfahrung, die das Ziel hat, Bedeutungszüge zu ermitteln, die für Theorie, Praxis und weitere Forschungen wichtige Informationen enthalten (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Bei vier Studien handelt es sich um das Design der Phänomenologie (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003 & Bürki, 2004). „Ziel der phänomenologischen Forschung ist es, die Erfahrungen und Erlebnisse von Menschen und deren Bedeutung in ihrer Eigenwelt zu verstehen. Daher sollen die Phänomene so beschrieben werden, wie sie (für die Einzelnen) sind und nicht, wie sie auf Grund von Vorkenntnissen oder Vorurteilen in der Theorie erscheinen mögen“ (Mayer, 2007, S. 91). Bei zwei Studien handelt es sich um das Design der Grounded Theory (Cardell & Pitula, 1999 & Cutcliffe et al., 2006). Ziel der Grounded Theory ist es, erklärende Theorien für das menschliche Verhalten und für grundlegende soziale Prozesse zu entwickeln. Auf der Grundlage von qualitativen Daten soll eine Theorie entdeckt werden (Mayer, 2007). Bei einer Studie handelt es sich um eine methodenübergreifende Triangulation (Larsson et al., 2007). Diese wird gebraucht, um eine weitere Perspektive einzubringen und den Blick auf den Forschungsgegenstand um eine Dimension zu erweitern (Mayer, 2007). Bei einer Studie handelt es sich um einen quantitativen Forschungsansatz, jedoch wurde das Design nicht benannt (Sein Anand et al., 2005).

Gemäss der Evidenzhierarchie für Fragen nach dem persönlichen Erleben von Fineout-Overholt et al. (2005, zit. in Mayer, 2007) entsprechen sieben Studien dem Evidenzgrad 2 und eine Studie dem Evidenzgrad 3. Gemäss dieser Evidenzhierarchie verfügen alle Studien über eine hohe Evidenzstufe. Eine hohe Evidenz ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer guten Studienqualität. Der Evidenzgrad kann je nach Bewertungssystem auch variieren.

Die Studien wurden in Schweden, Norwegen, Grossbritannien, Polen, der Schweiz und in den USA durchgeführt. Damit wurden die analysierten Studien in ganz unterschiedlichen Ländern durchgeführt. Deshalb ist zu beachten, dass die verschiedenen Herkunft und die

damit verbundenen verschiedenen Kulturen der Teilnehmer die Ergebnisse eventuell beeinflusst haben.

Das Alter der Teilnehmer bewegt sich zwischen 14 und 65 Jahren. Dadurch wurden zu allen Altersklassen passende Studien gefunden.

In fünf Studien wurde die informierte Zustimmung (informed consent) der Teilnehmer zur Studienteilnahme eingeholt (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006). Alle Teilnehmer dieser fünf Studien hatten somit das Recht, umfassende Informationen über die Durchführung der Studie zu erhalten. Zudem hatten die Teilnehmer durch die informierte Zustimmung das Recht, eine freiwillige Entscheidung zu treffen, die Teilnahme zu verweigern sowie die Untersuchung jederzeit abubrechen (Mayer, 2007). In drei Studien wurde die informierte Zustimmung nicht erwähnt (Cardell & Pitula, 1999; Sein Anand et al., 2005 & Larsson et al., 2007). In einer dieser Studien wurde hinsichtlich der ethischen Aspekte nur betont, dass die Teilnahme freiwillig war, die Teilnehmer das Recht hatten, die Untersuchung jederzeit abubrechen und dass die Daten vertraulich behandelt wurden (Larsson et al., 2007).

Die Durchführung von fünf Studien wurde durch eine Ethikkommission bewilligt (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Dadurch wurden die ethischen Standards für den Schutz der Teilnehmer eingehalten (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Bei den anderen drei Studien (Cardell & Pitula, 1999; Bürki, 2004 & Sein Anand et al., 2005) wurde die Bewilligung der Studiendurchführung durch eine Ethikkommission nicht erwähnt; daher kann bei diesen Studien nicht gesagt werden, ob die ethischen Standards für den Schutz der Teilnehmer eingehalten wurden. In diesen Studien ist es also möglich, dass es bei der Durchführung der Studien bei den Teilnehmern zu einem Verlust an Persönlichkeit oder Menschenwürde gekommen ist (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Die Anonymität wurde in fünf Studien gewährleistet (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007); das heisst, den Teilnehmern wurde versprochen, dass ihre Identität geheim gehalten wird (Mayer, 2007).

Die Stichprobengrösse in den acht Studien reicht von sechs bis 40 Teilnehmern. Es gibt keine festgelegten Regeln bezüglich der Grösse einer Stichprobe. In der qualitativen Forschung ist die Stichprobengrösse in der Regel eher klein, da eine grosse Menge von verbalen Daten analysiert werden muss. Die Aussagekraft der Daten spielt hier eine grössere Rolle als der repräsentative Charakter der Teilnehmer (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Alle Studien beschäftigten sich mit unterstützendem Verhalten der Pflegefachpersonen bei der Pflege / Betreuung von suizidalen Patienten; das heisst, die Ergebnisse der analysierten Studien sind mit der Fragestellung der vorliegenden Arbeit kohärent. Bei sieben Studien wurden die Daten mittels Interviews erhoben (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999;

Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Bei Interviews werden die Teilnehmer mündlich befragt, in dem offene und / oder geschlossene Fragen vom Datensammler gestellt werden. Befragungen von Teilnehmern dienen der Suche nach Informationen (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Bei einer Studie wurde zusätzlich zum Interview ein Fragebogen verwendet (Larsson et al., 2007) und bei einer Studie wurden die Daten nur mittels eines Fragebogens erhoben (Sein Anand et al., 2005). Fragebögen haben den Zweck, Daten über Wissen, Grundüberzeugungen, Haltungen und Gefühle zu sammeln.

Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse, der Phänomenologie oder der Grounded Theory analysiert. Diese Techniken unterscheiden sich voneinander, jedoch ist ihnen allen gemeinsam, dass von den Beschreibungen von allen Teilnehmern zur Synthese des Forschers fortgeschritten wird (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Der Prozess der Analyse von qualitativen Daten beginnt in der Regel mit der Forschungsfrage, zu der Daten gesammelt werden. In diesen Daten werden dann Muster gesucht und Themen gebildet (Behrens & Langer, 2006).

## 5.2 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Teil werden die Ergebnisse miteinander verglichen und der Bezug zur Problembeschreibung, zum theoretischen Rahmen und zu weiterer relevanter Literatur hergestellt. Zudem werden einzelne Ergebnisse mit den passenden Massnahmen der Pflegediagnose „Suizidgefahr“ untermauert. Im Weiteren werden einige Diskussionspunkte der Autoren aufgegriffen. Die Meinung der Autorin der vorliegenden Arbeit wird ebenfalls eingebracht.

In allen acht Studien konnte ähnliches pflegerisches unterstützendes Verhalten gegenüber suizidalen Patienten festgestellt werden (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Sein Anand et al., 2005; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007).

In sieben Studien wird es als unterstützend beschrieben, wenn die Pflegefachpersonen für die Patienten da sind, Kontakt zu ihnen aufnehmen, sich um sie kümmern und fürsorglich sind (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Bürki, 2004; Sein Anand et al., 2005; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Doenges, Moorhouse und Geissler-Murr (2002) schlagen ebenso als Massnahme für die Pflegediagnose „Suizidgefahr“ vor, dass die Pflegefachpersonen den suizidalen Patienten zu verstehen geben, dass ihnen jemand zur Verfügung steht. Dies fördert die Akzeptanz und vermittelt das Gefühl von Sicherheit.

In zwei Studien finden es die suizidalen Patienten hilfreich, wenn sie den Pflegefachpersonen Vertrauen können (Samuelsson et al., 2000 & Bürki, 2004). Auch Sauter et al.

(2006) betonen, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ein wichtiges Prozessziel ist. Doenges et al. (2002) erwähnen als Massnahme für die Pflegediagnose „Suizidgefahr“, dass das Entwickeln einer therapeutischen Beziehung zwischen der Pflegefachperson und dem Patienten von grosser Bedeutung ist, denn dadurch wird das Vertrauen gefördert. Des Weiteren betont Simpson (1997), dass Hildegard Peplau im Beziehungsaufbau den wichtigsten Grundstein des pflegerischen Erfolges sah. Schoen (1997, zit. in Sauter et al., 2006) erwähnt, dass professionelle Beziehungen einen Rahmen für Begegnungen bieten sollen. Die Autorin der vorliegenden Arbeit vertritt ebenfalls die Meinung, dass der Aufbau einer professionellen Beziehung bei der Pflege von suizidalen Patienten sehr wichtig ist. Eine professionelle Beziehung ist geprägt durch sorgende Zuwendung, Anteilnahme und Einfühlungsvermögen.

In vier Studien (Talseth et al., 1999; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006) wird es von den Patienten als unterstützend erlebt, wenn die Pflegefachpersonen Zeit für sie haben. In der Studie von Bürki (2004) wurde von den Patienten hinzugefügt, dass es für sie unterstützend ist, wenn sie von den Pflegefachpersonen Zeit „bekommen“ ohne Erwartungen und Forderungen. Weiter ist es für die suizidalen Patienten hilfreich, wenn kein zeitlicher Druck, keine Wartezeiten und keine Hektik für sie spürbar sind. Wolfersdorf (1989, zit. in Rahn & Mahnkopf, 2005) betont, dass es bei der Betreuung von suizidalen Patienten wichtig ist, dass die Pflegefachpersonen nicht unter Zeitdruck stehen. Auch Doenges et al. (2002) erwähnen als Massnahme für die Pflegediagnose „Suizidgefahr“, dass das Einräumen von Zeit wichtig ist, um auf die Sorgen der Patienten einzugehen. In der Zeit der Personalknappheit ist die Zeit der Pflegefachpersonen eingeschränkt. Gemäss der Autorin ist es sinnvoll, wenn die Pflegefachpersonen einen Arbeitsplan erstellen, denn dadurch kann die Zeit besser eingeteilt werden. Gespräche sollen auch während Handlungen durchgeführt werden. Je mehr Routine die Pflegefachpersonen in den Handlungen haben, desto besser wird es ihnen gelingen, während den Handlungsabläufen mit den Patienten zu sprechen und auf sie einzugehen.

In fünf Studien wird es von den Patienten als unterstützend empfunden, wenn die Pflegefachpersonen Interesse ihnen gegenüber zeigten (Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006). In den vier Studien von Talseth et al. (1999), Bürki (2004), Sein Anand et al. (2005) und Larsson et al. (2007) wird von den suizidalen Patienten die Aufmerksamkeit der Pflegefachpersonen als Unterstützung erlebt. Auch Wolfersdorf (2000) betont, dass die Aufmerksamkeit der Pflegefachpersonen die suizidalen Patienten unterstützt. Cutcliffe et al. (2006) erwähnen in ihrer Studie, dass die suizidalen Patienten es als positiv erleben, wenn die Pflegefachpersonen warm und herzlich zu ihnen sind. In der Studie von Bürki (2004) wurde herausgefunden, dass Zuwendung besonders während der Eintrittsphase als unterstützend

erlebt wird. Gemäss Bürki (2004) beinhaltet die Zuwendung das Vermitteln von echtem Interesse gegenüber dem suizidalen Patienten. Wertschätzung oder positive Zuwendung ist laut der Theorie des Psychologen und Psychotherapeuten Carl Rogers ein Therapeutenmerkmal und bedeutet, dass die Pflegefachpersonen eine warmherzige, positive und akzeptierende Haltung gegenüber dem Patienten einnehmen sollten (Rogers, 2000). Hobmair et al. (1995) erwähnen, dass Wertschätzung eine Haltung ist, welche sich durch Achtung, Wärme und Rücksichtnahme auszeichnet. Laut Rogers (2000) fördert Wertschätzung die Selbstachtung des Patienten. Auch Hobmair et al. (1995) betonen, dass durch die Wertschätzung ein positives Selbstkonzept begünstigt wird und dass dadurch eine hohe Selbstachtung entwickelt werden kann. Die Autorin vertritt die Meinung, dass die Selbstachtung wesentlich zu einem positiven Selbstbild und Selbstvertrauen beiträgt. Für suizidale Patienten ist dies von grosser Bedeutung, da die Selbstachtung eine Voraussetzung für ein zufriedenes und glückliches Leben darstellt.

In der Studie von Cardell und Pitula (1999) wird es von den suizidalen Patienten als hilfreich erlebt, wenn die Pflegefachpersonen hilfsbereit sind. In den vier Studien von Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003) und Bürki (2004) wird es von den suizidalen Patienten als unterstützend erlebt, wenn die Pflegefachpersonen freundlich sind. Auch Wolfersdorf (2000) erwähnt, dass Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachpersonen von den suizidalen Patienten positiv erlebt wird.

In vier Studien wird beschrieben, dass es unterstützend für die suizidalen Patienten ist, wenn sie die Möglichkeit haben, mit den Pflegefachpersonen Gespräche zu führen (Samuelsson et al., 2000; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). In der Studie von Talseth et al. (1999) wird von den suizidalen Patienten erwähnt, dass eine ruhige Stimme, eine entspannte Körpersprache sowie Blickkontakt besonders hilfreich sind. Auch in der Studie von Wiklander et al. (2003) wird betont, dass ruhiges Sprechen der Pflegefachpersonen von den suizidalen Patienten als unterstützend erlebt wird. Samuelsson et al. (2000) erwähnen in ihrer Studie, dass frühere Studien gezeigt haben, dass die Pflegefachpersonen oft nicht wissen, wie sie suizidale Patienten betreuen sollen und daher vermeiden, mit ihnen zu sprechen. Samuelsson et al. (2000) diskutieren, dass es jedoch für die Patienten unterstützender ist, mit ihnen über den Suizidversuch zu sprechen anstatt das Thema zu umgehen. Weiter diskutieren sie, dass Gespräche mit den Pflegefachpersonen grundlegend für den Heilungsprozess und den Wunsch zu leben sind. Wolfersdorf (2000) betont ebenfalls, dass im Zentrum jeglicher Suizidprävention das Gespräch steht sowie die Herstellung einer Beziehung, die sich durch Akzeptanz des suizidalen Verhaltens, durch Offenheit und Vermittlung von Verständnis auszeichnet. Cutcliffe et al. (2006) haben in ihrer Studie festgestellt, dass es suizidale Patienten positiv erleben, wenn sie über ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen sprechen können, ohne dass die Pflegefachpersonen darüber

urteilen. In der Studie von Larsson et al. (2007) wurde herausgefunden, dass es die Patienten unterstützt, wenn man ihnen erlaubt, über ihre Hoffnungslosigkeit zu sprechen. Doenges et al. (2002) erwähnen ebenfalls als Massnahme für die Pflegediagnose „Suizidgefahr“, dass die Pflegefachpersonen die Patienten ermutigen sollen, ihre Gefühle auszudrücken. Bürki (2004) diskutierte in ihrer Studie, dass Zeit, Gespräch, Zuwendung und das Verhalten voneinander abhängige Komponenten sind. Das bedeutet, ein Gespräch wird nur dann positiv erlebt, wenn Zeit vorhanden ist. Auch die Autorin ist der Meinung, dass nur durch genügend Zeit ein professionelles Gespräch geführt werden kann. Oftmals ist dies aber schwierig, da die Pflegefachpersonen, beispielsweise durch die aufwändigen Pflegedokumentationen, unter Zeitdruck stehen.

In fünf Studien wird erwähnt, dass es unterstützend ist, wenn die Pflegefachpersonen Verständnis zeigen (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). In der Studie von Cutcliffe et al. (2006) wird erwähnt, dass es besonders hilfreich ist, wenn die Pflegefachpersonen die suizidalen Gedanken der Patienten verstehen und anerkennen sowie Verständnis für die Situation und die Erfahrungen der suizidalen Person zeigen. Auch Eink und Haltenhof (2007) betonen, dass die suizidalen Patienten während der stationären Behandlung auf das Verständnis und die Unterstützung der Pflegefachpersonen angewiesen sind. In fünf Studien wird erwähnt, dass es für die suizidalen Patienten wichtig ist, ernst genommen zu werden (Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Sein Anand et al., 2005 & Larsson et al., 2007). In den Studien von Samuelsson et al. (2000) und Larsson et al. (2007) wurde festgestellt, dass es für die suizidalen Patienten wichtig ist, dass ihr Suizidversuch ernst genommen wird. In drei Studien (Talseth et al., 1999; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006) wird das Zuhören als unterstützend erlebt. Talseth et al. (1999) fanden in ihrer Studie heraus, dass es besonders hilfreich ist, wenn die Pflegefachpersonen den suizidalen Patienten zuhören, ohne Vorurteile zu haben. Auch Wolfersdorf (1989, zit. in Rahn & Mahnkopf, 2005) erwähnt, dass den suizidalen Patienten zugehört werden soll und sie ernst genommen werden sollen. Für die Autorin ist es auch wichtig, dass die Patienten das Gefühl haben, verstanden und ernst genommen zu werden, denn nur so kann eine professionelle Beziehung aufgebaut werden.

In fünf Studien wurde herausgefunden, dass es für die suizidalen Patienten unterstützend ist, wenn die Pflegefachpersonen Respekt gegenüber ihnen zeigen (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003 & Larsson et al., 2007). In den Studien von Talseth et al. (1999), Wiklander et al. (2003), Cutcliffe et al. (2006) und Larsson et al. (2007) wird es als hilfreich beschrieben, wenn die Pflegefachpersonen akzeptierend und nicht wertend gegenüber den suizidalen Patienten auftreten. Wolfersdorf (2000) betont, dass in der häufig erlebten Situation des Versagthabens das wertfreie Verhalten der Pflegefachpersonen von grosser Wichtigkeit ist. Auch Rogers (2000) schreibt, dass kein

Urteil über den Patienten gefällt werden darf. Eink und Haltenhof (2007) erwähnen, dass eine vorurteilsfreie und verständnisvolle Beziehung entscheidend ist, um einen Gesprächszugang zu suizidalen Patienten zu finden. In der Studie von Talseth et al. (1999) wird es von den Patienten unterstützend erlebt, wenn ihre Gefühle akzeptiert werden. Wolfersdorf (1989, zit. in Rahn & Mahnkopf, 2005) beschreibt ebenfalls, dass die Gefühle der Patienten von den Pflegefachpersonen akzeptiert und verstanden werden sollten. Das bedingungsfreie Akzeptieren ist laut der Theorie von Carl Rogers ein Therapeutenmerkmal. Rogers (2000) betont, dass es ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen ist, akzeptiert zu werden. Bedingungsfreies Akzeptieren bedeutet für Rogers (2000), dass die Pflegefachpersonen alle Empfindungen eines Menschen akzeptieren sollen und nicht nur diejenigen, die den eigenen Wünschen und Erwartungen entsprechen.

In vier Studien wird es von den suizidalen Patienten als unterstützend erlebt, wenn sich die Pflegefachpersonen empathisch ihnen gegenüber verhalten (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000 & Cutcliffe et al., 2006). Empathie ist laut der Theorie von Carl Rogers ebenfalls ein Therapeutenmerkmal. Rogers (2000) erwähnt, dass Empathie das Wesentliche für eine wachstumsfördernde Beziehung ist. Gemäss der Studie von Cutcliffe et al. (2006) ist die Kunst der mitfühlenden Pflege oberstes Prinzip bei der Betreuung von suizidalen Patienten. Talseth et al. (1999) beschrieben in ihrer Studie, dass, wenn sich die Pflegefachpersonen empathisch gegenüber den Patienten verhielten, sich die Patienten sicher und akzeptiert fühlten und ihre Gefühle ausdrücken konnten. Auch Samuelsson et al. (2000) erwähnen in ihrer Studie, dass sich die Patienten durch das Einfühlungsvermögen der Pflegefachpersonen akzeptiert und willkommen fühlten. Für die Autorin der vorliegenden Arbeit gehört zu einer professionellen Beziehung, dass sich die Patienten akzeptiert und sicher fühlen. Gemäss Rogers (2000) gelingt es den Pflegefachpersonen, wenn sie empathisch sind, die Gefühle der Patienten anzusprechen, welche diesen noch unklar sind. Eink und Haltenhof (2007) betonen, dass eine empathische Beziehung durch Einfühlungsvermögen, Offenheit, Akzeptanz, eigene psychische Stabilität, Verlässlichkeit, Sorgfalt und fachliche Kompetenz gefördert wird. Morse (2001) erwähnt dazu, dass, wenn die suizidalen Patienten einen Mangel an Empathie und Aufrichtigkeit erfahren, die Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen leidet.

In der Studie von Bürki (2004) wird erwähnt, dass das Echt sein der Pflegefachpersonen eine Unterstützung für die suizidalen Patienten darstellt. In dieser Studie fanden es die Patienten als unterstützend, wenn Haltung, Mimik, Gestik, Kommunikation und Handlung im Verhalten spürbar übereinstimmten. Das Echt sein (Kongruenz) ist laut der Theorie von Carl Rogers ein weiteres Therapeutenmerkmal. Gemäss Rogers (2000) bedeutet Kongruenz, dass die Pflegefachpersonen ihre Gefühle und Erfahrungen kennen und diese in die Beziehung zum Patienten einbringen. Dadurch kann der Patient Vertrauen fassen und er wird



angeregt, offener und echter zu sein. Auch Wolfersdorf (2000) erwähnt, dass das Echt sein zwischen Pflegefachpersonen und suizidalen Patienten als unterstützend erfahren wird.

In vier Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000 & Larsson et al., 2007) wirkt sich Bestätigung positiv auf die suizidalen Patienten aus. Talseth et al. (1999) fanden heraus, dass durch Bestätigung die Patienten mehr Sicherheit und mehr Stabilität in ihrem Selbstwertgefühl bekamen und sich sozial integriert fühlten. In der Studie von Cardell und Pitula (1999) äusserten alle Patienten, dass Bestätigung unterstützend für eine hilfreiche Beziehung ist. Durch Bestätigung und Anerkennung können Angst, Einsamkeit und Dysphorie der Patienten reduziert und der Beziehungsaufbau gefördert werden (Cardell & Pitula, 1999). Da suizidale Patienten ein angeschlagenes Selbstwertgefühl haben, ist es wichtig, dass die Pflegefachpersonen dem Patienten helfen, ihr Selbstwertgefühl zu verbessern. Dieses kann durch unterstützendes Verhalten der Pflegenden, wie zum Beispiel durch Bestätigung, verbessert werden.

In den drei Studien von Cardell & Pitula (1999), Sein Anand et al. (2005) und Larsson et al. (2007) empfinden es die Patienten als wichtig, wenn die Pflegefachpersonen ihnen helfen, ihr Selbstwertgefühl wieder aufzubauen. Sein Anand et al. (2005) diskutieren, dass die Pflegefachpersonen in einer idealen Position sind, um den suizidalen Patienten positiv zu unterstützen und sein Selbstwertgefühl zu verbessern.

In drei Studien (Talseth et al., 1999; Sein Anand et al., 2005 & Larsson et al., 2007) empfinden es die Patienten als unterstützend, wenn die Pflegefachpersonen ihre wesentlichen Bedürfnisse beachten. Simpson (1997) schreibt, dass die Hauptaufgabe der Pflegefachpersonen die unterstützende Tätigkeit sei. Diese soll die Patienten bei der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse unterstützen.

In vier Studien wird es von den suizidalen Patienten als hilfreich erlebt, wenn die Pflegefachpersonen ihnen Hoffnung vermitteln (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000 & Cutcliffe et al., 2006). In zwei Studien (Cardell & Pitula, 1999 & Wiklander et al., 2003) erwähnen die suizidalen Patienten, dass sie es als unterstützend empfinden, wenn die Pflegefachpersonen sie ermutigen. Auch Rahn und Mahnkopf (2005) betonen, dass die Vermittlung von Hoffnung durch die Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle bei der Prophylaxe von Suizidalität spielt. Cutcliffe et al. (2006) diskutieren, dass es dabei wichtig ist, den suizidalen Patienten von einer totorientierten Perspektive hin zu einer lebensorientierten zu bewegen.

Samuelsson et al. (2000) hat festgestellt, dass es für die Patienten als Unterstützung empfunden wird, wenn ihnen die Pflegefachpersonen helfen, ihre Probleme zu lösen. Rahn und Mahnkopf (2005) betonen ebenfalls, dass Pflegefachpersonen in der Lage sein müssen, die Patienten bei der Lösung ihrer Probleme zu unterstützen. Auch Doenges et al. (2002)

schlagen bei der Pflegediagnose „Suizidgefahr“ die Massnahme vor, den Patienten beim Lösen der Probleme zu unterstützen und ihm zu helfen, anders mit Problemen umzugehen.

In der Studie von Cardell und Pitula (1999) wird es von den Patienten als positiv erlebt, wenn sie mit handwerklichen oder sportlichen Betätigungen abgelenkt werden. Cardell und Pitula (1999) diskutierten, dass durch ablenkende Aktivitäten die suizidalen Impulse reduziert werden konnten und, wenn sie wieder kamen, weniger intensiv waren. Die Autorin ist jedoch der Meinung, dass man die Patienten nicht von ihren Suizidgedanken ablenken sollte, sondern besser mit ihnen darüber spricht. Rahn und Mahnkopf (2005) betonen, dass man mit dem Patienten neue Sinnfindungen erarbeiten sollte. Auch die Autorin findet dies angemessener als Ablenkung.

In zwei Studien (Talseth et al., 1999 & Wiklander et al., 2003) wurde von den Patienten erwähnt, dass es für sie wichtig ist, wenn die Pflegefachpersonen offen sind. Auch Doenges et al. (2002) erwähnen für die Pflegediagnose „Suizidgefahr“ als Massnahme, dass die Pflegefachpersonen offen mit den Patienten kommunizieren sollen. Dadurch wird eine Verstärkung des manipulativen Verhaltens vermieden.

Sein Anand et al. (2005) diskutieren, dass unterstützendes Verhalten der Pflegefachpersonen sehr wichtig ist, denn diese Unterstützung kann ein schützender Effekt vor weiteren Suizidversuchen sein. Auch Bertolte et al. (2004, zit. in Larsson et al., 2007) betonen, dass, wenn die Betroffenen nach einem Suizidversuch professionelle Hilfe erhalten, dies ein Ende des suizidalen Prozesses darstellen kann.

## 5.3 Diskussion der Qualität der Studien

Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat sieben Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) anhand der Aspekte Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2006) und eine Studie (Sein Anand et al., 2005) anhand der „Kriterien zur kritischen Bewertung“ für nicht-experimentelle Forschungsdesigns nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) beurteilt. Diese Beurteilungen erfolgten bei allen acht Studien mittels eines selbst erstellten Punktesystems.

### 5.3.1 Diskussion der Glaubwürdigkeit

In der Studie von Talseth et al. (1999) ist die Glaubwürdigkeit sehr gut. Die Glaubwürdigkeit der Studien von Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003), Bürki (2004), Cutcliffe et al. (2006) und Larsson et al. (2007) ist gut.

In sechs Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007) wurde das Forschungsthema diskutiert und in einer Studie (Cutcliffe et al., 2006) nur teilweise. Behrens und Langer (2006) weisen auf die Wichtigkeit der Diskussion des Forschungsthemas in seinem Umfeld hin; das heisst, dass die bereits vorhandenen Forschungen und die Begründung, weshalb die Studie überhaupt durchgeführt wird, erläutert werden sollten. In sieben Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) wurde das Forschungsziel klar definiert. In zwei Studien (Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007) wurden zusätzlich zum Ziel Forschungsfragen formuliert. Nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) sind die Formulierung eines Forschungsproblems und die Entwicklung einer Forschungsfrage oder –hypothese wesentliche vorbereitende Schritte im Forschungsprozess. Ein gutes Forschungsproblem benennt klar die zu untersuchenden Variablen, spezifiziert die zu untersuchende Population und enthält die Möglichkeit der empirischen Überprüfung. Qualitative Studien enthalten in der Regel keine Hypothesen, sondern Forschungsfragen und –ziele. Behrens und Langer (2006) betonen, dass erst eine klar formulierte Forschungsfrage oder ein klar formuliertes Forschungsziel die Festlegung eines passenden Studiendesigns zulässt. Daher kann bei sieben Studien davon ausgegangen werden, dass das Design passend ist (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). LoBiondo-Wood und Haber (2005) erwähnen, dass das Forschungsziel bezeichnet, was der Forscher mit seiner Arbeit erreichen will (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Eine Literaturrecherche wurde in sieben Studien durchgeführt, jedoch wurde der Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht explizit erwähnt (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999;

Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Gemäss LoBiondo-Wood und Haber (2005) ist das primäre Ziel einer Literaturrecherche, eine starke Wissensbasis zu entwickeln, um Forschungen in der Ausbildung und in der klinischen Praxis durchführen zu können. Nach Behrens und Langer (2006) wird der geeignete Zeitpunkt der Literaturrecherche unterschiedlich diskutiert. Es kann von Vorteil sein, wenn die Literaturrecherche vor der Datensammlung stattfindet, damit der Forscher gut über das Forschungsgebiet informiert ist, die Teilnehmer besser auswählen kann, gezielte Fragen stellen kann, ein einfühlsames Verständnis entwickeln kann und die Sättigung der Antworten besser beurteilen kann. Es kann aber auch von Nachteil sein, wenn die Literaturrecherche vor der Datensammlung stattfindet, da der Forscher selbst auch ein Teil des Forschungsprozesses ist und so den Forschungsprozess beeinflussen könnte. Die Literaturrecherche wird in der qualitativen Forschung auch oft von Dritten durchgeführt.

In sieben Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) ist die Auswahl der Teilnehmer passend zum Ziel und begründet. Bei der Studie von Cardell und Pitula (1999) wurden die Teilnehmer nicht randomisiert, bei der Studie von Bürki (2004) durch eine Gelegenheitsstichprobe, bei der Studie von Cutcliffe et al. (2006) durch eine theoretische Stichprobenbildung und bei der Studie von Larsson et al. (2007) durch eine systematische Stichprobenbildung ausgewählt. Nach Behrens und Langer (2006) können die Teilnehmer durch verschiedene Methoden rekrutiert werden. Beim Design der Grounded Theory ist die theoretische Stichprobenbildung von Vorteil, da ein grosses Spektrum an verschiedenen Ansichten erreicht werden soll. Beim Design der Phänomenologie steht eher im Vordergrund, überhaupt einen Zugang zu den zu untersuchenden Patienten zu bekommen, da sich nicht jeder dazu bereit erklärt, offen über seine Probleme zu reden. Die Teilnehmer von sieben Studien wurden ausreichend beschrieben und ihr Umfeld wurde teilweise beschrieben (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Behrens und Langer (2006) betonen, dass die genaue Beschreibung der Teilnehmer sowie der Umgebung der Teilnehmer sehr wichtig ist, um die Forschungsergebnisse einzuschätzen und in der eigenen Praxis unter Umständen anwenden zu können. Die Perspektive der Forscher wurde in drei Studien nicht beschrieben (Cardell & Pitula, 1999; Wiklander et al., 2003 & Larsson et al., 2007). In den Studien von Talseth et al. (1999), Samuelsson et al. (2000), Bürki (2004) und Cutcliffe et al. (2006) wurde die Perspektive der Forscher teilweise in Form von Empfehlungen für die Praxis beschrieben. Da auch die Perspektive des Forschers in die Ergebnisse einfließt, ist diese Perspektive von grosser Bedeutung für die Interpretation der Ergebnisse (Behrens & Langer, 2006).

Die Datensammlung wurde in sieben Studien detailliert beschrieben (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007). Die Daten wurden mit Hilfe von Interviews und bei einer Studie zusätzlich mit einem Fragebogen gesammelt (Larsson et al., 2007). Behrens und Langer (2006) betonen, dass hierbei vor allem die genaue Angabe der Informationsquellen wichtig ist; das heisst, ob die Daten mittels Interviews, Beobachtungen, Tonbandaufnahmen oder Notizen gesammelt wurden. Die Datenanalyse der Studie von Talseth et al. (1999) fand entsprechend der Phänomenologie statt und die Daten der Studien von Cardell und Pitula (1999) und Cutcliffe et al. (2006) wurden entsprechend der Grounded Theory analysiert. Bei den vier Studien von Samuelsson et al. (2000), Wiklander et al. (2003), Bürki (2004) und Larsson et al. (2007) wurden die Daten mittels der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert. Behrens und Langer (2006) betonen, dass eine detaillierte Beschreibung der Datenanalyse genauso wichtig ist wie die detaillierte Beschreibung der Datensammlung. Hierbei ist es wichtig, Schlüsselkonzepte, Themen und Muster zu identifizieren. In drei Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999 & Cutcliffe et al., 2006) erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung. In vier Studien (Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Larsson et al., 2007) wurde die Datensättigung nicht beschrieben. Gemäss LoBiondo-Wood und Haber (2005) werden in der qualitativen Forschung Teilnehmer oft so lange in die Stichprobe aufgenommen, bis keine neuen Informationen und Erkenntnisse im Prozess der Datensammlung auftreten. Diesen Prozess nennt man Datensättigung. Behrens und Langer (2006) erwähnen, dass es für die Beurteilung von qualitativen Studien von Bedeutung ist, ob reichhaltige Daten erhalten wurden. In der qualitativen Forschung entstehen reichhaltige Daten nicht durch eine grosse Stichprobengrösse wie bei der quantitativen Forschung, sondern durch tiefgehende und ausführliche Befragungen. Die Datensättigung stellt ein wichtiges Indiz für die Validität der Daten dar.

### **5.3.2 Diskussion der Aussagekraft**

In den Studien von Wiklander et al. (2003) und Bürki (2004) ist die Aussagekraft ausgezeichnet. Die Aussagekraft der Studien von Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000), Cutcliffe et al. (2006) und Larsson et al. (2007) ist mittelmässig.

Die Ergebnisse sind in sieben Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Behrens und Langer (2006) betonen, dass es als Leser wichtig ist, den Prozess der Datensammlung, die Entwicklung von Themen und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen nachvollziehen zu können. In diesen sieben Studien wurden zur Untermauerung der Ergebnisse, Zitate der Teilnehmer

aufgeführt. Dadurch kann man sich einen eigenen Eindruck von dem untersuchten Phänomen machen und bekommt ein Gefühl dafür, wie die Forscher die einzelnen Aussagen interpretiert haben (Behrens & Langer, 2006).

In vier Studien (Cardell & Pitula, 1999; Bürki, 2004; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) gab es einen Konsens im Forscherteam. Bei Uneinigkeiten zwischen den Forschern wurde diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde. In drei Studien (Talseth et al., 1999; Samuelsson et al., 2000 & Wiklander et al., 2003) gab es keinen Hinweis darauf, dass kein Konsens im Forscherteam gefunden wurde. Durch eine Übereinstimmung zwischen den Forschern können die Ergebnisse bestätigt werden (Behrens & Langer, 2006). In zwei Studien (Wiklander et al., 2003 & Bürki, 2004) wurden die Ergebnisse durch die Teilnehmer validiert. In beiden Studien fand eine Validierung von 33 Prozent der Teilnehmer statt. In fünf Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Cutcliffe et al., 2006 & Larsson et al., 2007) wurde keine Validierung durch die Teilnehmer durchgeführt. Nach Mayer (2007) kann durch die Validierung der Teilnehmer die Gültigkeit der Ergebnisse überprüft werden, indem sie den Teilnehmer vorgelegt werden und mit ihnen darüber diskutiert wird. Wenn die Ergebnisse durch die Teilnehmer bestätigt werden, können Fehlinterpretationen und Missverständnisse erkannt werden (Behrens & Langer, 2006).

### **5.3.3 Diskussion der Anwendbarkeit**

Die Anwendbarkeit von zwei Studien (Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006) ist ausgezeichnet. In den Studien von Talseth et al. (1999), Cardell und Pitula (1999), Samuelsson et al. (2000) und Wiklander et al. (2003) ist die Anwendbarkeit gut. Die Anwendbarkeit von einer Studie (Larsson et al., 2007) ist ungenügend.

In sechs Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003; Bürki, 2004 & Cutcliffe et al., 2006) helfen die Ergebnisse, die suizidalen Patienten in ihrer Umgebung besser zu verstehen. In der Studie von Larsson et al. (2007) helfen die Ergebnisse, die suizidalen Patienten teilweise besser zu verstehen. Behrens und Langer (2006) beschreiben, dass qualitative Forschungen in der Regel einen tieferen Einblick in die Welt der Untersuchungspopulation vermitteln. Durch diesen Einblick kann das Verständnis für die Untersuchungspersonen erhöht werden.

In den Studien von Bürki (2004) und Cutcliffe et al. (2006) wird beschrieben, wo das unterstützende Verhalten angewendet werden kann. In fünf Studien (Talseth et al., 1999; Cardell & Pitula, 1999; Samuelsson et al., 2000; Wiklander et al., 2003 & Larsson et al., 2007) sind keine Möglichkeiten der Anwendung explizit erwähnt, jedoch ist ersichtlich, wo dieses unterstützende Verhalten angewendet werden kann. Gemäss Behrens und Langer (2006) sollte sich der Leser überlegen, wo und wie er die Ergebnisse in der Praxis anwenden kann. Die

neuen Erkenntnisse lassen sich in Schulungen an Teamkollegen vermitteln. Dadurch werden diese für die untersuchte Problematik sensibilisiert.

#### **5.3.4 Diskussion der Beurteilung mittels der „Kriterien zur kritischen Bewertung“ für nicht-experimentelle Forschungsdesigns**

Die Studie von Sein Anand et al. (2005) weist eine ungenügende Gesamtqualität auf. Bei der Studie handelt es sich um ein nicht-experimentelles Design. Das Design der Studie wurde jedoch nicht explizit benannt. Dieses Design wird bei Studien angewendet, in denen die Erscheinungsform eines bestimmten Phänomens dargestellt wird oder Ereignisse so beschrieben werden, wie sie natürlich auftreten (Lo Biondo-Wood & Haber, 2005). Im Gegensatz zu experimentellen Studien wird bei nicht-experimentellen Studien die unabhängige Variable vom Forscher nicht manipuliert (Mayer, 2007). In der Studie ist kein theoretischer Bezugsrahmen ersichtlich. Gemäss der Autorin der vorliegenden Arbeit stimmt das Design mit dem Ziel der Studie überein und ist geeignet für das Forschungsproblem. Denn durch die Fragebögen konnte die soziale Unterstützung, welche die Patienten nach dem Suizidversuch erhielten, ausgewertet werden. In dieser Studie wurden keine Ursache-Wirkung-Beziehungen abgeleitet. Es gibt keine Gründe für die Annahme, dass es noch andere Erklärungen für die Ergebnisse gibt. Alle Teilnehmer der Studien wurden mittels Fragebögen mündlich befragt, deshalb sieht die Autorin der vorliegenden Arbeit keine Unterschiede in der Datensammlung. Die Forscher der Studie diskutierten die Gefahren für die interne und externe Validität nicht. Nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) wirken sich die Gefahren für die interne und externe Validität stark auf die Interpretation einer nicht-experimentellen Studie aus, da sie die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse einschränken. In der Studie wurden keine Beschränkungen beschrieben.

## 5.4 Kritische Würdigung der systematischen Literaturübersicht

Im Folgenden wird die vorliegende systematische Literaturübersicht kritisch gewürdigt. Diese kritische Würdigung umfasst Stärken, Schwächen und Grenzen der vorliegenden Arbeit.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat sich intensiv mit der Literatur des Forschungsthemas auseinandergesetzt. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde präzise formuliert und konnte durch die acht analysierten Studien beantwortet werden. Die Themen des theoretischen Rahmens konnten gut mit den Ergebnissen der acht Studien verknüpft werden. Mit dieser systematischen Literaturreview konnte der aktuelle Forschungsstand im Hinblick auf die Fragestellung zusammengefasst werden. Dadurch kann die Pflegequalität evidenzbasiert verbessert werden.

Die Studien der vorliegenden Arbeit wurden in den pflegerelevanten Datenbanken PubMed, Cinahl, Cochrane und PsycInfo gesucht. Die Suche umfasste den Zeitraum von März bis Dezember 2008. Die Suchstrategie wurde detailliert beschrieben. Durch die systematische Suche konnte die Nachvollziehbarkeit und die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit erhöht werden. Nebst der systematischen Suche in den vier Datenbanken wurde auch mittels Handsuche und Schneeballverfahren nach relevanter Literatur gesucht. Durch das Hinzuziehen weiterer spezifischer Datenbanken hätten mehrere Ergebnisse gefunden werden können. Die Suchstrategie hätte noch mit anderen Suchbegriffen ergänzt werden können. Für das „Verhalten“ hätte zum Beispiel noch mit dem Begriff „attitude“ und für „unterstützen“ mit den Begriffen „promote“ und „encourage“ gesucht werden können. Dies hätte andere Suchergebnisse zur Folge haben können. Demzufolge besteht die Möglichkeit, dass relevante Studien nicht in die Analyse einbezogen wurden. Eine relevante Studie wurde durch die Handsuche gefunden und in die Analyse einbezogen.

Die Suche schloss den Zeitraum von zehn Jahren ein (1998-2008). Es ist dadurch möglich, dass ältere relevante Studien ausgeschlossen wurden. Jedoch wurde somit auch gewährleistet, dass die aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse einbezogen wurden.

Ein Einschlusskriterium für die Studien war, dass sie in englischer oder deutscher Sprache verfasst sein mussten. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass relevante Studien in anderen Sprachen ausgeschlossen wurden.

Sieben der analysierten Studien waren in englischer Sprache verfasst und eine in deutscher Sprache. Es besteht die Möglichkeit von Sprachbias infolge von Fehlinterpretationen, da die englische Sprache nicht der Muttersprache der Autorin entspricht.

Die einbezogenen Studien wurden mehrmals gelesen, tabellarisch zusammengefasst und analysiert, wodurch die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit erhöht wurde.

Da keine Kategorien gebildet werden konnten, wurden die Studien nach dem Erscheinungsjahr, beginnend mit der ältesten Studie, geordnet.



Die Autorin weist darauf hin, dass es schwierig ist, die Haltung und das Verhalten voneinander zu unterscheiden, da sich die Haltung im Verhalten ausdrückt. Die Haltung und das Verhalten sind Grundlagen für den Beziehungsaufbau, deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit oft von der Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegefachpersonen gesprochen.

Durch die kritischen Rückmeldungen der zuständigen Bezugsperson und der Studierenden in der Kleingruppe konnte die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden systematischen Literaturübersicht unterstützt werden. Durch die regelmässige Führung eines Tagebuchs konnte die Autorin ihre Arbeitsschritte reflektieren.

Die analysierten Studien weisen nicht alle eine Bewilligung der Studiendurchführung durch eine Ethikkommission auf. Ausserdem wurde nicht bei allen Studien die informierte Zustimmung eingeholt. Trotzdem wurden diese Studien auf Grund der Resultate in die Analyse einbezogen. Die ethischen Aspekte der einbezogenen Studien wurden überprüft und diskutiert. In der vorliegenden Arbeit wurden die ethischen Aspekte beachtet, indem Plagiate durch korrektes Zitieren vermieden wurden und exakte Quellenangaben gemacht wurden. Dennoch könnten bei der Quellenangabe und der Zitierweise der Autorin der vorliegenden Arbeit Fehler aufgetreten sein.

Bei der Beurteilung der Qualität der Studien wurde darauf geachtet, dass passende Beurteilungsbögen ausgewählt wurden, damit die Studienqualität angemessen beurteilt werden konnte. Bei sieben Studien wurde der Beurteilungsbogen von Behrens und Langer (2006) für qualitative Studien und bei einer Studie wurde zur Beurteilung der Qualität die „Kriterien zur kritischen Bewertung“ von LoBiondo-Wood und Haber (2005) für nicht-experimentelle Forschungsdesigns verwendet. Durch die Qualitätseinschätzung konnte festgestellt werden, dass sechs Studien über eine gute Gesamtqualität und nur eine Studie über eine ungenügende Gesamtqualität verfügen. Die Autorin verwendete für die Beurteilung der Qualität der einbezogenen Studien ein selbst erstelltes Punktesystem. Da dieses Bewertungssystem nicht auf seine Validität und Reliabilität geprüft wurde, sind Fehler in der Einschätzung der Qualität der analysierten Studien möglich.

Der Evidenzgrad der acht einbezogenen Studien konnten gemäss der Evidenzhierarchie für Fragen nach dem persönlichen Erleben von Fineout-Overholt et al. (2005, zit. in Mayer, 2007) problemlos bestimmt werden.

Da die Autorin der vorliegenden Arbeit nicht über tiefgreifendes Forschungswissen verfügt, können Fehlinterpretationen vorliegen.

Die analysierten Studien wurden in verschiedenen Ländern durchgeführt, davon eine in der Schweiz. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Studien auch auf die Pflegepraxis in der Schweiz übertragbar sind. Dabei sollte die Qualität der einzelnen Studien und der kulturelle Kontext beachtet werden.

Drei Personen haben die vorliegende Arbeit auf Rechtschreibung, Grammatik und Stilistik korrigiert. Trotzdem kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass Fehler vorhanden sind.

## **6 Schlussfolgerungen**

### **6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis**

In der vorliegenden Arbeit konnte unterstützendes Verhalten der Pflegefachpersonen bei der Betreuung von suizidalen Patienten aufgezeigt werden. Da es in der Arbeit um unterstützendes Verhalten geht, ist es schwierig, konkrete Massnahmen abzuleiten.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit empfiehlt Weiterbildungen zum Thema Suizidologie, denn das Wissen darüber sowie Beratungsfertigkeiten unterstützen die Betreuung von suizidalen Patienten positiv. Es geht nicht darum, den Patienten Lösungen zu liefern und Ratschläge zu erteilen, sondern die Patienten zu unterstützen Lösungen zu finden. Unterstützendes Verhalten der Pflegefachpersonen kann den suizidalen Patienten helfen Lösungen zu finden und Probleme zu lösen. Es besteht Bedarf an der Entwicklung von Fertigkeiten im therapeutischen Umgang mit suizidalen Patienten durch Bildung und Training (Bürki, 2004). Ein adäquates Fachwissen über Suizidologie hilft, eine Haltung zu verbreiten sowie aufzuzeigen, dass es möglich ist, Probleme zu lösen und es verschiedene Wege dazu gibt (Samuelsson et al., 2000). Gemäss der Autorin haben erfahrene Pflegefachpersonen mehr Verständnis für suizidale Patienten.

Weltweit nehmen Suizidversuche zu und Personen mit einem vorausgegangenen Suizidversuch sind 40 Mal gefährdeter für einen weiteren Suizidversuch als Menschen ohne Suizidversuche in der Vorgeschichte. Daher sollten Pflegefachpersonen zielgerichtet und effektiv diesen Menschen gerecht werden. Dazu müssen die Pflegefachpersonen ihre Kenntnisse und ihr Verständnis für das Erleben der suizidalen Patienten und deren Bedürfnisse vertiefen und sich darauf einlassen (Bürki, 2004). Es ist wichtig, dass die Pflegefachpersonen immer wieder ihre Haltung reflektieren, denn dies wirkt sich schliesslich auf das Verhalten aus.

Die suizidalen Patienten sollen als Personen anerkannt werden, deren Ideen und Aussagen mit Respekt und Interesse begegnet werden soll. Die Pflegefachpersonen sollen die suizidalen Patienten unterstützen, sie in ihrer Situation verstehen sowie Vertrauen zu ihnen aufbauen (Talseth et al., 1999). Das Vertrauen kann durch einfühlsame Kommunikation vertieft werden. Die wichtigste Basis, um eine Beziehung aufzubauen, ist Vertrauen.

Im Weiteren ist das Verständnis und das Ernstnehmen der Situation für die suizidalen Patienten von grosser Bedeutung. Die dauerhafte Überwachung wird als beschützend beschrieben, wenn die suizidalen Patienten das Verhalten der Pflegefachpersonen unterstützend erleben (Cardell & Pitula, 1999).

Schamreaktionen sind bei suizidalen Patienten häufig. Scham macht die suizidalen Patienten sensibel gegenüber negativem Verhalten der Pflegefachpersonen. Durch unterstützendes Verhalten, wie beispielsweise Freundlichkeit und Respekt, kann die Scham gelindert werden und die suizidalen Patienten akzeptieren die Hospitalisation (Wiklander et al., 2003).

Mit suizidalen Patienten zu arbeiten ist meist schwierig und anstrengend. Individualisierte Pflegepläne mit einem klaren und deutlichen Ziel können helfen, dass Pflegefachpersonen und Patienten optimal zusammenarbeiten (Samuelsson et al., 2000).

Die Pflegefachpersonen müssen ihre eigenen Wertvorstellungen kennen (Bürki, 2004). Für die Autorin der vorliegenden Arbeit beinhaltet eine professionelle Haltung, dass ein Suizidversuch die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient so wenig wie möglich beeinträchtigt.

Im Weiteren müssen sich die Pflegefachpersonen mit ihrer eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen und sich bei der Pflege von suizidalen Patienten wohlfühlen (Cutcliffe et al., 2006). Gemäss der Autorin der vorliegenden Arbeit ist es nur so möglich, dass die Pflegefachpersonen die suizidalen Patienten unterstützen können.

## **6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung**

Gemäss der Autorin der vorliegenden Arbeit ist unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten grundlegend für den Wunsch zu leben. Deshalb sollte dieser Thematik in der Pflegeausbildung mehr Beachtung geschenkt werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden systematischen Literaturübersicht zeigen unterstützendes Verhalten bezüglich der Pflege von suizidalen Patienten. Diese Ergebnisse können Unterrichtsinhalte innerhalb der Pflegeausbildung darstellen.

Pflegestudierenden sollten schon in der Pflegeausbildung für diese Thematik sensibilisiert werden und lernen, wie man sich gegenüber suizidalen Patienten angemessen verhält. Sie sollten über die Thematik Suizidologie informiert oder ausgebildet werden.

Die Gesprächsführung ist ein wichtiger Inhalt in der Pflegeausbildung. Durch Training in der Gesprächsführung, beispielsweise in Rollenspielen, sind die Pflegestudierenden später für die Pflegepraxis besser vorbereitet.

Im Weiteren müssen sich Pflegestudierende im Klaren sein, dass sie auch auf nicht psychiatrischen Abteilungen mit suizidalen Patienten in Kontakt kommen können. Auch in solchen Situationen wird von ihnen professionelles Handeln erwartet.

## **6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung**

Durch mangelnde Forschungen zum Thema unterstützendes pflegerisches Verhalten bei suizidalen Patienten ergibt sich die Empfehlung, in Zukunft Forschungen zu diesem Thema zu fördern. Die Autorin der vorliegenden Arbeit schlägt vor, dass bei zukünftigen Forschungen die Stichprobengrösse nicht festgelegt wird, sondern dass tiefgehende und ausführliche Interviews durchgeführt werden, so dass eine Datensättigung erreicht wird. Dadurch erhält man aussagekräftige, hochwertige und vollständige Daten.

Gemäss Bürki (2004) braucht es zusätzliches empirisches Wissen, um eine Theorie zu diesem Thema zu bilden und somit eine fundierte Wissensbasis zu schaffen. Deshalb sind weitere qualitative Forschungen notwendig.

Darüber hinaus sollten in zukünftigen Forschungen die Daten durch die Teilnehmer validiert werden. Dadurch können Fehlinterpretationen vermieden werden.

Die Forschungsdesigns der analysierten Studien erlauben eine praxisnahe Verwendung der gewonnenen Ergebnisse. Denn erst das Wissen um die Bedeutung und die Wichtigkeit erlauben es, Prioritäten in der pflegerischen Tätigkeit zu setzen (Bürki, 2004).

## 7 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C. (2006). *Suizidalität und Pflegewissenschaft – Schwerpunkte der Pflegeforschung*. Forschungsstelle Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD). Gefunden am 3.4.2008 unter [http://www.breitenau.ch/Dokumente/Referat\\_Abderhalden.pdf](http://www.breitenau.ch/Dokumente/Referat_Abderhalden.pdf)
- Ajdacic-Gross, V. (2007). Fakten über Suizid, Begriffe, Zahlen, Theorien. *Ph Akzente*, 14 (3), 3-6.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. (2. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit. (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer*. Gefunden am 27.3.2008 unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=de>
- Bürki, R. (2004). *Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, SBK Bildungszentrum, Zürich.
- Cardell, R. & Pitula, C.R. (1999). Suicidal inpatient's perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*, 50 (8), 1066-1070.
- Cutcliffe, J.R., Stevenson, Ch., Jackson, S. & Smith, P. (2006). A modified grounded theory of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 791-802.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen (DGS). (Ohne Datum). *Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch*. Gefunden am 5.8.2009 unter [http://www.suizidprophylaxe.de/Ohne%20Java/Infos\\_Suizidalitaet/epidemiologieohne.htm](http://www.suizidprophylaxe.de/Ohne%20Java/Infos_Suizidalitaet/epidemiologieohne.htm)
- Doenges, M., Moorhouse, M. & Geissler-Murr, A. (2002). *Pflegediagnosen und Massnahmen*. (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Eink, M. & Haltenhof H. (2007). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

- Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B. & Schultz, A. (2005). Transforming Health Care from Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21<sup>st</sup> Century. *Journal of Professional Nursing*, (6), 335-344.
- Hobmair, H., Altenthan, S., Dirrigl, W., Gotthardt, W., Höhle, R. & Ott, W. (1995). *Psychologie für Fachoberschulen*. Stam Verlag.
- Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B. & Gustafsson, B. (2007). Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (4), 222-232.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung*. (2. Aufl.). München: Urban und Fischer Verlag.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlag.
- Morse, K. (2001). Case in point? A parasuicide patient's recollections of being nursed: A discourse analysis. *Contemporary nurse*, 10, 234-243.
- Lektorat Pflege und Dr. med. Menche, N. (Hrsg.). *Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe*. (2004). (3. Aufl.). München: Urban und Fischer Verlag.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. (1. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Rahn, E. & Mahnkopf, A. (2005). *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. (3. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Rogers, C.R. (2000). *Therapeut und Klient*. (15. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Samuelsson, M., Åsberg, M., Sunbring, Y. & Winell, I. (1997) Nurses attitudes to attempted suicide patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 232-237.
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M. & Saveman, B. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 635-643.

- Sauter, D., Aberderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2006). *Lehrbuch psychiatrischer Pflege*. (2. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. August 2008)*. Gefunden am 16.12.2008 unter [http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832\\_10.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html)
- Sein Anand, J., Chodorowski, Z., Blok, J. & Barwina, M. (2005). The social support to patients after suicidal attempts provided by the nurses in Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk. *Przegląd Lekarski*, 62 (8), 405-407.
- Simpson, H. (1997). *Pflege nach Peplau*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Steinhausen, H. (2006) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*. (6. Aufl.). München: Urban und Fischer Verlag.
- Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1034-1041.
- Universitätsklinikum Halle (Salle). *German Center for Evidence-based Nursing*. Gefunden am 15.3.09 unter <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>
- Wiklander, M., Samuelsson, M. & Äsberg, M. (2003) Shame reactions after suicide attempt. *Scand J Caring Sci*, 17, 293-300.
- Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.



## **8    Anhang**

### **Anhangsverzeichnis**

Anhang A: Suchstrategie

Anhang B: Abkürzungen

Anhang C: Einbezogene Studien

Anhang D: Zusammenfassungen der Studien

Anhang E: Evidenzhierarchie

Anhang F: Qualitätseinschätzung der Studien

## **Anhang A: Suchstrategie**

Datenbank	Limits	Suchstrategie	Treffer	Mehrfachauf- führung	Verbleibende Treffer	Erhaltene Treffer an- hand der Kriterien	Doppel- funde	Ausgewählte Studien
Pubmed	1998-2008 German English	#1 attempted suicide (Mesh) #2 suicidal* #3 behavior (Mesh) #4 bearing #5 conduct #6 comportment #7 support #8 aid #9 assist #10 nurs* #11 (#1 OR #2) #12 (#3 OR #4 OR #5 OR #6) #13 (#7 OR #8 OR #9) #14 (#10 AND #11 AND #12 AND #13)	4255 5818 337952 40413 454799 444036 2480705 30276 24521 158266 7997 493083 2509258 <b>145</b>	0	145	7	0	7
Cinahl	1998-2008 German English	#1 attempted suicide (Mesh) #2 suicidal* #3 behavior (Mesh) #4 bearing #5 conduct #6 comportment #7 support #8 aid #9 assist #10 nurs* #11 (#1 OR #2) #12 (#3 OR #4 OR #5 OR #6) #13 (#7 OR #8 OR #9) #14 (#10 AND #11 AND #12 AND #13)	1046 3286 3586 4677 11632 117 104869 14339 12153 373958 3885 19819 124525 <b>42</b>	2	40	0	0	0

Datenbank	Limits	Suchstrategie	Treffer	Mehrfachauf- führung	Verbleibende Treffer	Erhaltene Treffer an- hand der Kriterien	Doppel- funde	Ausgewählte Studien
PsycInfo	1998-2008 German English	#1 attempted suicide (Mesh) #2 suicidal* #3 behavior (Mesh) #4 bearing #5 conduct #6 comportment #7 support #8 aid #9 assist #10 nurs* #11 (#1 OR #2) #12 (#3 OR #4 OR #5 OR #6) #13 (#7 OR #8 OR #9) #14 (#10 AND #11 AND #12 AND #13)	2870 7943 6920 1891 11908 56 128933 7846 9929 37022 8803 20615 143143 <b>2</b>	0	2	0	0	0
Cochrane	1998-2008	#1 attempted suicide (Mesh) #2 suicidal* #3 behavior (Mesh) #4 bearing #5 conduct #6 comportment #7 support #8 aid #9 assist #10 nurs* #11 (#1 OR #2) #12 (#3 OR #4 OR #5 OR #6) #13 (#7 OR #8 OR #9) #14 (#10 AND #11 AND #12 AND #13)	159 426 30349 1913 32393 3 33810 6335 8850 11176 365 37826 31107 <b>0</b>	0	0	0	0	0
Total			<b>189</b>	2	187	7	0	<b>7</b>

## **Anhang B:     Abkürzungen**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
Pfl.	Pflegefachpersonen
Pat.	Patient
TN	Teilnehmer
BP	Bezugsperson
TB	Tonband

## **Anhang C: Einbezogene Studien**

<b>Titel</b>	<b>Autor</b>	<b>Jahr</b>
The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses	Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A.	1999
Suicidal inpatient's perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation	Cardell, R. & Pitula, C.R.	1999
Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient	Samuelsson, M., Wiklander, M., Äsberg, M. & Saveman, B.	2000
Shame reactions after suicide attempt	Wiklander, M., Samuelsson, M. & Äsberg, M.	2003
Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital	Bürki, R.	2004
The social support to patients after suicidal attempts provided by the nurses in Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk	Sein Anand, J., Chodorowski, Z., Blok, J. & Barwina, M.	2005
A modified grounded theory of how psychiatric nurses work with suicidal patients	Cutcliffe, J.R., Stevenson, Ch., Jackson, S. & Smith, P.	2006
Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing	Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B. & Gustafsson, B.	2007



## **Anhang D: Zusammenfassungen der Studien**

**The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses**

Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. &amp; Norberg, A. (1999). Journal of Advanced Nursing, 29 (5), 1034-1041.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Suizidale Pat. brauchen spezielle Pflege, da sie sehr verletzlich und sensibel sind. Pfl. wissen oft nicht, wie sie suizidale Pat. betreuen sollen. Durch inadäquate Betreuung von Seiten der Pfl. besteht die Gefahr, dass die Pat. sich das Leben nehmen wollen. Bisher wurden nur wenige Studien ausgeführt bezüglich der Pflege, welche suizidale Pat. erfahren.</p> <p><b>Design:</b> Phänomenologie.</p> <p><b>Setting:</b> 5 Spitäler in Norwegen, zwei Notfallstationen, zwei „sub-emergency rooms“ und eine psychogeriatrische Abteilung.</p> <p><b>Sample:</b> 21 TN (9 Männer und 12 Frauen), welche entweder versucht haben, Suizid zu begehen, oder den Wunsch ausgedrückt haben, sich das Leben zu nehmen, wurden befragt. Alter der TN: 25 - 63 Jahre, Spitalaufenthalt: zwischen 19 und 78 Tagen.</p> <p><b>Forschungsfrage, Ziel</b></p> <p><b>Ziel:</b> Stationär behandelte suizidale Pat. sollen in Interviews über ihre Erfahrungen bezüglich der Pflege, welche sie von Pfl. erhielten, erzählen.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Vor den Interviews: Treffen zwischen den BP der Pat., den Pat. und dem ersten Autor. Beim ersten Treffen gab der erste Autor Informationen über die Studie ab und beantwortete Fragen zur Studie. Alle Beteiligten bekamen die Gelegenheit, einander kennen zu lernen. Am Ende dieses Treffens konnten Pat. entscheiden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollen oder nicht. Die narrativen Interviews wurden vom ersten Autor durchgeführt und auf TB aufgezeichnet. Die BP der Pat. waren während der Befragung nicht anwesend. Dauer der Interviews: 30 - 60 Min. Die Pat. waren mind. eine Woche hospitalisiert bevor sie befragt wurden. Sie wurden gebeten, ihre Erfahrungen bezüglich der Pflege, welche sie erhielten, zu erzählen. Das 21. Interview zeigte keine neuen Informationen (Datensättigung), daher wurden keine weiteren Interviews durchgeführt.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Eine phänomenologisch - hermeneutische Methode wurde verwendet. Die Analyse wurde in 3. Schritten durchgeführt: 1. Erstes Lesen: Transkription der Interviews wurde aufmerksam durchgelesen, um einen allgemeinen Eindruck zu bekommen. 2. Strukturelle Analyse: Gliederung der Transkription in Abschnitten, Text wurde in Bedeutungseinheiten („meaning units“) eingeteilt und kodiert, Themen und Unterthemen wurden gebildet, Zitate der TN wurden aufgeführt. 3. Umfassendes Verständnis mit Reflektion.</p> <p><b>Ethik:</b> Das Projekt wurde von der Ethikkommission bewilligt. Die Befragten stimmten der Teilnahme zu (informed consent). Ihnen wurde Anonymität und Vertraulichkeit zugesichert. Die Pfl. wurden nicht namentlich in den Interviews erwähnt.</p>	<p>Es werden negative und positive Erfahrungen von suicidalen Pat. bezüglich der Pflege beschrieben. Pfl. haben oft zu wenig Zeit für Gespräche mit den Pat. Sie sind meist mit anderen Aufgaben beschäftigt und umgehen oft das Thema, wenn die Pat. mit ihnen über Suizidgedanken sprechen wollen. Die Pat. äusserten das Bedürfnis, dass Pfl. ihnen Hoffnung vermitteln. Sie fühlen sich wertvoll, wenn die Pfl. Zeit mit ihnen verbringen. Einige Gespräche, welche die Pfl. mit den Pat. führten, waren nur auf ihre Depressionen beschränkt.</p> <p>Als bestätigend / unterstützend empfanden die Pat. folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beachtung der wesentlichen Bedürfnisse der Pat.: Körperkontakt, Spaziergang an der frischen Luft, Essen, Schlaf und Erholung sowie Hygiene.</li> <li>- Die Pat. verstehen und sie besuchen: Achtung gegenüber den Pat. zeigen und sich um sie kümmern.</li> <li>- Zeit haben für die Pat.: Zeit für den Kontakt mit den Pat., Störfaktoren vermeiden</li> <li>- Mit den Pat. sein: so fühlen sich die Pat. wertvoll.</li> <li>- Den Pat. ohne Vorurteil zuhören: Den Pat. zu verstehen geben, dass man sie versteht; auf Fragen der Pat. eingehen.</li> <li>- Offen zu den Pat. sein: Ruhige Stimme, entspannte Körpersprache und Blickkontakt</li> <li>- Die Gefühle der Pat. akzeptieren: Die Pat. sich selbst sein lassen; dadurch können sie ihre Gefühle ausdrücken.</li> <li>- Den Pat. Hoffnung vermitteln: Dies ermöglicht es den Pat. leichter mit der Situation fertig zu werden. Pat. gaben dadurch nicht auf und sie verstanden, dass es Zeit braucht, diese schwere Lebenssituation zu meistern.</li> </ul> <p>Die Pat. erwähnten auch nicht bestätigende / nicht unterstützende Verhaltensweisen der Pfl. Diese entsprechen dem Gegenteil der oben aufgeführten Punkte.</p> <p>Die Pat. teilten mit, dass eine bestätigende / unterstützende Beziehung eine gute Beziehung sei und dass eine Beziehung schlecht sei, wenn die Bestätigung / Unterstützung fehle. Wenn die oben genannten Punkte fehlen, ist die Pflegebeziehung schlecht, kalt und ablehnend. Durch Unterstützung und Bestätigung bekamen die Pat. mehr Sicherheit und mehr Stabilität in ihrem Selbstwertgefühl und fühlten sich sozial integriert. Die Pat. teilten zudem folgendes mit: wenn sie keine Unterstützung und Bestätigung erfuhren, fühlten sie sich von den Pfl. ignoriert. Viele Pfl. verschlossen sich gegenüber den Pat. und gaben ihnen keine Chance, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen. Die Pat. fühlten sich leer, verletzt und wertlos; Hoffnungslosigkeit wuchs in ihnen. Sie begannen Möglichkeiten zu finden, um sich das Leben auf der Abteilung zu nehmen. Viele Pfl. zeigten sich aber auch fürsorglich und aufmerksam. Sie verbrachten Zeit mit den Pat., wenn diese verängstigt waren und legten ihre Arme um ihre Schultern, wodurch die Pat. weniger Angst hatten. Die Pfl. verhielten sich empathisch gegenüber den Pat.; dadurch fühlten sich die Pat. sicher, konnten ihre Gefühle ausdrücken und fühlten sich akzeptiert von den Pfl. Dieser Kontakt gab den Pat. Hoffnung und sie gaben nicht auf.</p>	<p>Mehrere frühere Studien zeigten die gleichen Ergebnisse wie die vorliegende Studie. Suizidale Pat. betonten, dass es für sie wichtig ist, dass sie während des Spitalaufenthalts von den Pfl. Bestätigung erhalten. Bestätigung durch Anerkennung des Pat. als Person, dessen Ideen und Aussagen mit Respekt und Interesse begegnet werden soll.</p> <p><i>Empfehlungen für die Praxis:</i> Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, dass Pfl. suizidale Pat. als wertschätzende Personen bestätigen. Sie sollen die Pat. unterstützen, sie in ihrer Situation verstehen und Vertrauen zu ihnen aufbauen. Weitere Forschungen zu diesem Thema sind notwendig.</p> <p><b>Evidenzgrad:</b> 2</p>

**Suicidal inpatient's perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation**

Cardell, R. &amp; Pitula, C.R. (1999). Psychiatric Services, 50 (8), 1066-1070.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Dauerhafte Überwachung ist eine Standardbehandlung für Pat., welche in hohem Mass suizidal sind. Überwachung ist personalaufwändig und eine teure Intervention. Bisher wurde die Überwachung und das Erleben der Überwachung von suizidalen Pat. wenig erforscht.</p> <p><b>Design:</b> qualitativer Forschungsansatz (Grounded Theory).</p> <p><b>Setting:</b> drei psychiatrische Einrichtungen in den USA.</p> <p><b>Sample:</b> 20 suizidale Erwachsene, welche innerhalb der letzten 2 Wochen überwacht wurden, wurden befragt (7 Männer und 13 Frauen). Dauer der Überwachung: zwischen 4 h und 6 Tagen. Durchschnittsalter der TN: 32 Jahre. TN wurden nicht randomisiert aus 3 psychiatrischen Einrichtungen ausgewählt. Die Hauptdiagnose der Pat. war „Depression“ (60% der Pat.), an zweiter Stelle steht die „Borderline Persönlichkeitsstörung“ (55% der Pat.), 17 Pat. hatten zwei oder mehrere Diagnosen. 12 Pat. hatten bereits Erfahrung mit Überwachung.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Informationen über Erfahrungen von Pat. bezüglich ihrer Überwachung wurden gesammelt. Dazu wurden ausführliche und tiefgründige Interviews durchgeführt. Jeder TN wurde mindestens zweimal interviewt. Weitere Interviews wurden zur Verdeutlichung durchgeführt (Datensättigung). Insgesamt wurden 47 Interviews mit den 20 TN durchgeführt: 44 davon wurden auf TB aufgezeichnet, 3 Pat. lehnten dies ab, bei diesen Interviews wurden Notizen gemacht.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Themen wurden identifiziert und von beiden Autoren und von einem aussenstehenden Experten für qualitative Forschung bestätigt. Die Daten wurden nach der Grounded Theory analysiert.</p> <p><b>Ethik:</b> Nicht beschrieben.</p>	<p>Die TN beschrieben therapeutische Aspekte (Verminderung der Symptome oder eine Verbesserung des Wohlbefindens) und nicht therapeutische Aspekte der Überwachung. 13 Pat. drückten positive Gefühle gegenüber den Überwachern aus, besonders wenn die Pat. sie als freundlich und hilfsbereit wahrgenommen haben. Die TN haben therapeutische und nicht therapeutische Interventionen wahrgenommen.</p> <p>Therapeutische Interventionen: optimistische Haltung des Überwachers, Bestätigung / Anerkennung des Pat., Pat. von den suizidalen Gedanken ablenken, emotionale Unterstützung und Geborgenheit / Schutz.</p> <p><u>Optimismus:</u> Alle 20 TN betonten, dass eine positive Haltung des Überwachers unterstützend auf sie wirkte. Überwacher wurden optimistisch wahrgenommen, wenn sie einfühlsam, hilfsbereit und hoffnungsvoll waren. Die TN sagten, dass eine optimistische Haltung der Überwacher sie anregte, Schwierigkeiten anzugehen und ein positives Selbstkonzept begünstigte.</p> <p><u>Anerkennung / Bestätigung:</u> Alle 20 TN äusserten, dass Anerkennung und Bestätigung unterstützend für eine hilfreiche Beziehung mit dem Überwacher ist. Anerkennende Verhaltensweisen wie, z.B. die Pat. grüssen, Empathie zeigen, die Pat. respektieren und Interesse für die Pat. zeigen. Auswirkungen durch Anerkennung: 9 Pat.: Dysphorie wurde vermindert, 5 Pat.: fühlten sich weniger einsam, 4 Pat.: Angst wurde reduziert, 5 Pat.: Wohlbefinden wurde gesteigert.</p> <p><u>Ablenkung:</u> 17 TN betonten, dass sich Ablenkung positiv auf ihre suizidalen Gedanken ausgewirkt habe, in dem sie weniger darüber nachgedacht haben. Ablenkung in Form von handwerklichen Betätigungen, mit Karten spielen, Musik hören oder Musik spielen, sportliche Betätigungen und Gespräche führen. Auswirkungen durch Ablenkung: 5 Pat.: weniger negative Gedanken, Verminderung der Angst und Dysphorie, 12 Pat.: vorübergehende Unterbrechung der suizidalen Impulse.</p> <p><u>Emotionale Unterstützung:</u> 16 TN empfanden unterstützende Interventionen als nützlich. Unterstützung im Ausdrücken von Gefühlen und im Problemlösen. 10 Pat. betonten, dass ermutigendes Verhalten und Bekräftigungen in ihrem Selbstwert unterstützend waren → das Selbstwertgefühl wurde gesteigert und Hoffnung vermittelt.</p> <p><u>Geborgenheit / Schutz:</u> Alle 20 TN erkannten, dass die Überwachung für ihren Schutz gemacht wurde. 7 TN betonten, dass die körperliche Anwesenheit des Überwachers Gefühle der Unterstützung erzeugte. 4 TN glaubten, dass der Schutzaspekt der Überwachung ihr Leben gerettet hat. 8 TN berichteten, dass sie während der Überwachung nach Möglichkeiten suchten, einen Suizid zu begehen.</p> <p>Pat. erwähnten ebenfalls nicht therapeutischen Aspekte: Mangel an Empathie, Mangel an Anerkennung, Mangel an Privatsphäre, Mangel von persönlichem Raum, Mangel an Freiheit. Resultat: 15 TN berichteten Erleichterung, sobald die Überwachung beendet war.</p> <p>Ebenfalls betonten die TN therapeutische und nicht therapeutische externe Faktoren: Schlaf, Medikation, Zeitraum der Überwachung und Lärm.</p>	<p>Die TN dieser Studie sahen die dauerhafte Überwachung nicht nur als schützende Intervention, sondern auch als therapeutischen Nutzen, vor allem wenn die Überwacher eine positive Haltung gegenüber ihnen hatten.</p> <p>Ablenkende Aktivitäten reduzierten die suizidalen Impulse und wenn sie wieder kamen waren sie weniger intensiv.</p> <p>Anerkennung und Bestätigung reduzierten die Angst, die Einsamkeit und die Dysphorie und förderten den Beziehungsaufbau zwischen dem Überwacher und dem Pat.</p> <p>Die Resultate dieser Studie zeigen, dass dauerhafte Überwachung sowohl eine therapeutische als auch eine schützende Intervention darstellt. Der therapeutische Nutzen lässt sich vor allem von den Haltungen und den Verhaltensweisen des Überwachers ableiten. Die TN dieser Studie bevorzugten Überwacher, die nett und unterstützend waren statt unpersönlich und gleichgültig.</p>
<p><b>Forschungsfrage, Ziel</b></p> <p><b>Ziel:</b> Erfahrungen der Pat. bezüglich der konstanten Überwachung, um zu sehen, ob die Überwachung therapeutische Unterstützung mit sich bringt.</p>			<p><b>Evidenzgrad:</b> 2</p>

**Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient**

Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M. &amp; Saveman, B. (2000). Journal of Advanced Nursing, 32 (3), 635-643.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Suizidversuche sind ein häufiges Problem innerhalb der psychiatrischen Pflege. Weiter erforscht werden muss, wie die suizidalen Pat. die psychiatrische Pflege erleben.</p> <p><b>Design:</b> Qualitativer Forschungsansatz (Phänomenologie).</p> <p><b>Setting:</b> psychiatrische Abteilung im Karolinska Spital in Stockholm (Schweden). Die Psychiatriepfl. sind speziell dafür ausgebildet, suizidale Pat. zu betreuen.</p> <p><b>Sample:</b> 21 schwedisch-sprechende stationäre Pat. wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. 18 Pat. (6 Frauen und 12 Männer) stimmten zu und wurden befragt, Alter der TN: 18 - 53 Jahre. 11 davon hatten eine Überdosis Drogen, 3 haben sich die Pulsadern aufgeschnitten, 2 versuchten sich mit Kohlenmonoxid zu vergiften, einer sprang aus der Höhe und einer versuchte 4 verschiedene Methoden (Überdosis, Pulsadern aufschneiden, erhängen, ertrinken). Für 7 Pat. war es der erste Suizidversuch, 6 Pat. hatten schon einen vorausgehenden Suizidversuch und die restlichen 5 Pat. hatten schon mehrere Suizidversuche. Die meisten der TN hatten die Hauptdiagnose „Depression“.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Halbstrukturierte Interviews mit Interviewleitfaden. Die Interviews fanden auf einer psychiatrischen Abteilung statt, 5 - 80 Tagen nach dem Suizidversuch. Die Interviews wurden von zwei Autoren durchgeführt. Keiner der Interviewer arbeitete auf der Abteilung und keiner hatte die Pat. vor den Interviews getroffen. Die Interviews begannen mit der Begründung des Ziels der Studie und der Vorstellung der Interviewer. Die TN wurden dann gebeten, über ihre Erfahrungen bezüglich der erhaltenen Pflege zu erzählen. Der Interviewleitfaden enthielt folgende Themen: Aufnahme ins Spital, Gefühle und Reaktionen sowie positive und negative Erfahrungen während des Spitalaufenthalts. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 70 Minuten und wurden auf TB aufgezeichnet.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Die Analyse wurde in 5 Schritten durchgeführt (qualitative Inhaltsanalyse): 1. Interviews wurden wortgetreu transkribiert, 2. 4 zentrale Kategorien wurden gebildet, 3. Übertitel wurden gebildet, Zitate der Befragten wurden genutzt, Interviewinhalte wurden kodiert und zu den 4 Kategorien zugeteilt, 4. Reduktion auf 3 Kategorien, 5. 10 Unterkategorien wurden gebildet.</p> <p><b>Ethik:</b> Den Pat. wurde eine Informationsbroschüre abgegeben, in der geschrieben stand, was das Ziel der Studie ist und dass die Interviews aufgenommen werden. Es wurde betont, dass die Pat. sich frei äussern dürfen und dass es nur dem Forschungsteam erlaubt ist, die Bänder anzuhören (Anonymität). Die Teilnahme war freiwillig und die Pat. konnten sich zu jeder Zeit zurückziehen ohne einen bestimmten Grund anzugeben und ohne Folge für die weitere Pflege. Informierte Zustimmung wurde eingeholt. Die Studie wurde von der Ethikkommission bewilligt.</p>	<p><b>1. Kategorie: Ein psychiatrischer Pat. sein:</b> Die Pat. beschrieben gemischte Gefühle während der Hospitalisation. Unbehagen, Nervosität, Versagen und Scham wurden häufig berichtet. Viele Pat. beschrieben, dass sie sich während der Hospitalisation entlastet fühlten, aber einige hatten auch Schwierigkeiten die Hospitalisation zu akzeptieren. Die Tatsache, dass die Psychiatriepfl. die Situation ernst nahmen, wurde von den Pat. als unterstützend wahrgenommen.</p> <p><b>2. Kategorie: Empfindungen der erhaltenen Pflege und gegenüber den Psychiatriepfl.:</b> Die Pat. berichteten positive und negative Empfindungen, jedoch wurden mehr positive Aspekte geäußert. Die Erfahrungen der Pat. wurden in folgende Kategorien eingeteilt: Fürsorge / Betreuung und Sicherheit, Hingabe und ein Mangel an Respekt, Bestätigung und Vernachlässigung, Einfühlungsvermögen sowie Vertrauen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fürsorge / Betreuung und Sicherheit: Viele Pat. berichteten, dass die Psychiatriepfl. Interesse an ihnen zeigten und sich um sie sorgten. Die Pat. beschrieben v.a. Freundlichkeit. So fühlten sie sich willkommen und akzeptiert auf der Abteilung. Das Wort „Sicherheit“ wurde von mehr als der Hälfte der Pat. erwähnt. Auch ein Mangel an Fürsorge wurde erwähnt.</li> <li>– Hingabe und Mangel an Respekt: Viele Pat. betonten die Wichtigkeit von Hingabe und Respekt. In vielen Situationen begegneten die Psychiatriepfl. den Pat. mit Bestätigung und Respekt. In einzelnen Situationen wurde auch ein Mangel an Respekt und Bestätigung beschrieben.</li> <li>– Bestätigung und Vernachlässigung: In vielen Situationen beschrieben die Pat., dass die Psychiatriepfl. sie verstanden und ihren Suizidversuch ernst nahmen. Sie beschrieben es als unterstützend, dass die Psychiatriepfl. Hoffnung vermittelten und sie bei der Lösung der Probleme unterstützten. In anderen Situationen fühlten sich die Pat. nicht verstanden und vernachlässigt.</li> <li>– Einfühlungsvermögen: Pat. erfuhren genügend Feingefühl gegenüber ihren Wünschen, wenn sie Hilfe brauchten (z.B. jemanden zum Reden) oder wenn sie alleine gelassen werden wollten. Andere Pat. beschrieben Situationen, in denen sie mangelnde Empathie erhielten.</li> <li>– Vertrauen: Das Vertrauen wurde in vielen Interviews als unterstützend betont. Einige Pat. fühlten sich in ihrer Privatsphäre verletzt, wenn die Psychiatriepfl. nach gefährlichen Gegenständen suchten, um diese dann zu beseitigen.</li> </ul> <p><b>3. Kategorie: Wichtige Aspekte, welche die psychiatrische Pflege unterstützen:</b> Fast alle Pat. beschrieben es als unterstützend, die Gelegenheit zu haben, mit den Psychiatriepfl. zu sprechen und verstanden zu werden. Viele Pat. erwähnten, dass sie dadurch ein besseres Verständnis bezüglich ihrer eigenen Reaktionen und Gefühle bekamen, was sehr wichtig für sie war. Für manche Pat. war es hilfreich zu wissen, dass ihre Schwierigkeiten als psychiatrische Störung gesehen werden kann und dass diese auch therapierbar ist. Viele Pat. schätzten es, dass die Psychiatriepfl. ihnen anboten, Kontakt aufzunehmen, wenn sie nach ihrer Entlassung Hilfe bräuchten. Dies verstärkte ihr Gefühl von Sicherheit. Im Gesamten beschrieben fast alle Pat. ihren Spitalaufenthalt als unterstützend.</p>	<p>Die Autoren behaupten, dass es für die suizidalen Pat. hilfreicher ist, wenn die Pfl. mit ihnen über den Suizidversuch sprechen, anstatt das Thema zu umgehen. In dieser Studie wird die Wichtigkeit der Bestätigung betont.</p> <p>Fast alle Pat. nahmen den Krankenhausaufenthalt als hilfreich wahr. Wichtig für die Pat. waren die Bestätigung, das Verständnis und das Ernstnehmen ihrer Situation durch das Pflegefachpersonal. Die Gespräche mit dem Personal scheinen grundlegend für den Heilungsprozess und für den Wunsch zu leben zu sein.</p> <p><b>Empfehlungen für die Praxis:</b> Mit suizidalen Pat. zu arbeiten ist häufig schwierig und anstrengend. Um Psychiatriepfl. beim Ausführen dieser Arbeit zu helfen, werden folgende Strategien vorgeschlagen: 1. professionelle klinische Supervision, um ihre Fertigkeiten, mit den individuellen Pat. umzugehen, zu verbessern. Dies kann die eigenen Bewältigungsstrategien aufbessern und helfen, ihre negativen emotionalen Reaktionen zu entschärfen. 2. adäquates Fachwissen über Suizidologie. Dies hilft, eine Haltung zu verbreiten, dass es möglich ist, Probleme zu lösen und dass es verschiedene Wege dazu gibt. 3. individualisierte Pflegepläne mit einem klaren und deutlichen Ziel. So können Pfl. und Pat. optimal zusammenarbeiten.</p> <p><b>Evidenzgrad:</b> 2</p>

**Shame reactions after suicide attempt**

Wiklander, M., Samuelsson, M. &amp; Åsberg, M. (2003). Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17, 293-300.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Es ist wichtig, Schamreaktionen nach Suizidversuchen zu verstehen, um die Pflege von Pat. nach einem Suizidversuch zu optimieren. Scham wurde bisher nur in wenigen Studien von Pat. nach einem Suizidversuch betont. Scham spielt eine wichtige Rolle bei der Pflege von Pat. nach einem Suizidversuch. Die Pat. sind sensibel gegenüber dem Verhalten der Pfl. Die Verhaltensweisen der Pfl. können die Scham der Pat. mildern oder verstärken.</p> <p><b>Design:</b> Qualitativer Forschungsansatz (Phänomenologie).</p> <p><b>Setting:</b> Psychiatrische Abteilung im Karolinska Spital in Stockholm. Psychiatriepfl. sind speziell dafür ausgebildet, suizidale Pat. zu betreuen.</p> <p><b>Sample:</b> 21 schwedisch sprechende stationäre Pat. nach einem Suizidversuch wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. 18 Pat. (6 Frauen und 12 Männer) stimmten zu und wurden befragt. Davon wurden 13 TN (5 Frauen und 8 Männer) in die Analyse einbezogen. Alter der TN: 22 - 53 Jahre. 5 TN: 1. Suizidversuch, 3 TN: 1 früherer Suizidversuch, 3 TN: 2 frühere Suizidversuche, 2 TN: 3 oder mehrere frühere Suizidversuche. 7 TN: Überdosis Drogen, 2 TN: Pulsadern aufschneiden, 2 TN: mit Kohlenmonoxid vergiften, 1 TN: Sprung aus Höhe, 1 TN: 4 verschiedene Methoden (Überdosis, Pulsadern aufschneiden, erhängen, ertrinken). 12 TN hatten eine psychiatrische Erkrankung.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Halbstrukturierte Interviews mit Interviewleitfaden. Interviews wurden zwischen 8 und 77 Tagen nach dem Suizidversuch von 2 Autoren durchgeführt und auf TB aufgezeichnet. Keiner der Autoren arbeitete auf der Abteilung oder hatte die Pat. vor den Interviews getroffen. Dauer der Interviews: ca. 60 Min. Die TN wurden gebeten, ihre Erfahrungen während der Hospitalisation bezüglich der Pflege zu erzählen. TN wurden nicht spezifisch über Schamreaktionen gefragt. Sie wurden über ihre Gefühle, Gedanken und Reaktionen während der Hospitalisation gefragt.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Qualitative Inhaltsanalyse: Interviews wurden wortgetreu transkribiert. 1. Autor las 18 Interviews durch und machte Randbemerkungen zu den Themen, die sich herauskristallisierten. Beschreibungen bezüglich Scham traten in insgesamt 13 der 18 Interviews auf. Diese 13 Interviews wurden in die Analyse eingeschlossen. Alle Einheiten, die Schamreaktionen beschrieben, wurden von den Interviews kopiert. Die Daten wurden sortiert und es wurden Kategorien gebildet. Daten bezüglich Scham der verschiedenen TN wurden miteinander verglichen. Um die Glaubwürdigkeit zu erhöhen, verglich der 2. Autor die Themen bezüglich Scham mit den Interviews. Es gab eine Übereinstimmung zwischen beiden Autoren. 6 TN stimmten einem Follow-up Interview zu. Alle bestätigten die Schamreaktionen der ersten Interviews.</p> <p><b>Ethik:</b> Den Pat. wurde eine Informationsbrochure mit Ziel der Studie abgegeben. Freiwillige Teilnahme. Informierte Zustimmung wurde eingeholt. Unterbrechung der Studie war zu jeder Zeit möglich, ohne bestimmten Grund anzugeben und ohne Folgen für die weitere Pflege. Anonymität der Daten wurde gewährleistet. Die Studie wurde von der Ethikkommission bewilligt.</p>	<p><u>Schamreaktionen</u> Alle TN waren nach dem Suizidversuch verzweifelt. Erste Begegnung im Spital war für die TN emotional schwierig. Manche TN waren schockiert über den Versuch, sich das Leben zu nehmen. Überlebt zu haben war für manche TN unerwartet und unangenehm. Die TN erfuhren oft Scham unmittelbar nach dem Suizidversuch und während der ersten Begegnung mit den Pfl. Das Verhalten der Pfl. während der Behandlung war für TN sehr wichtig. Die Schamgefühle wurden durch Erleichterung ersetzt, wenn die Pat. Hilfe erhielten. Die Schamreaktionen wurden in folgende Unterthemen aufgeteilt: Gefühle von Versagen, Gefühle ausgeschlossen zu sein, sich über sich selbst schämen, Impulse sich zu verstecken oder zu fliehen sowie Erfahrungen zu weit gegangen zu sein.</p> <p><u>Aspekte der Pflege, welche mit den Schamgefühlen in Verbindung stehen</u> TN erlebten mehrere Aspekte der psychiatrischen Pflege als beeinflussend für ihre Schamgefühle. Am wichtigsten für die TN war, wie sie von den Pfl. behandelt wurden. Durch bestimmtes Verhalten haben die Pfl. die Scham der Pat. gelindert oder verstärkt. Die TN beschrieben, dass sie sehr sensibel gegenüber den Haltungen und dem Verhalten der Pfl. waren.</p> <p>Als unterstützend / hilfreich, um die Scham zu lindern, erlebten die TN folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Pfl. freundlich und respektvoll waren. Dadurch konnten sie die Hospitalisation akzeptieren.</li> <li>• Wenn sie von den Pfl. ernst genommen wurden.</li> <li>• Wenn Pfl. versuchten, sie zu überzeugen, die Hospitalisation zu akzeptieren.</li> <li>• Wenn Pfl. Vertrauen in ihre Fähigkeiten, selber zu entscheiden und auf sich selber aufzupassen, hatten.</li> <li>• Wenn Pfl. tolerant waren und während dem Aufenthalt im Spital wenig Ansprüche an sie hatten.</li> <li>• Wenn Pfl. taktvoll, verständnisvoll und respektvoll waren, wenn sie lieber alleine sein wollten.</li> <li>• Wenn Pfl. eine nicht wertende Haltung ihnen gegenüber hatten.</li> <li>• Wenn Pfl. Respekt gezeigt haben und sich für die Individualität von den Patienten interessiert haben.</li> <li>• Wenn Pfl. offen waren, Zeit für sie hatten, sie ermutigten und ruhig mit ihnen sprachen.</li> <li>• Wenn Pfl. ihnen genügend Informationen gaben, z.B. über Pflegehandlungen, über die verschiedenen Funktionen des Personals und den Pflegeplan während ihres Aufenthalts.</li> </ul> <p>Durch folgendes Verhalten wurde die Scham der TN verstärkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Pfl. unsympathisch, respektlos, autoritär und bestrafend waren.</li> <li>• Wenn Pfl. nicht professionell waren.</li> <li>• Wenn Pfl. Entscheidungen bezüglich der Behandlung nicht mitteilten.</li> </ul>	<p>Keine speziellen Voraussetzungen für die Aufnahme auf diese psychiatrische Abteilung. Alle Pat., welche nicht schwedisch verstanden, wurden nicht zur Teilnahme gefragt. Alle TN sind freiwillig auf Abteilung eingetreten. In dieser Studie mehr Männer als Frauen. Suizidversuche sind häufiger bei Frauen. Jedoch Anstieg der Suizidversuche bei Männern in nördlichen Ländern.</p> <p>Methodologisches Problem mit Interviews → Beeinflussung der Befragten durch Interviewer und Interviewsetting. In dieser Studie hatten Interviewer nichts mit der Abteilung zu tun und die Interviewdaten wurden vertraulich behandelt. Dadurch konnten die TN ihre Erfahrungen frei erzählen.</p> <p>Ziel der originalen Datensammlung war, Erfahrungen der psychiatrischen Pflege nach einem Suizidversuch zu erforschen. Als die Datensammlung abgeschlossen war, wurde entschieden, sich auf die Schamreaktionen zu fokussieren.</p> <p>Schamreaktionen sind häufig und können Betroffene daran hindern, den Eintritt ins Spital zu akzeptieren und Bedürfnisse auszudrücken. Scham macht Betroffene sensibel gegenüber negativem Verhalten der Pfl. Durch bestimmte Verhaltensweisen (z.B. freundlich und respektvoll) wird die Scham gelindert und die Betroffenen akzeptieren die Aufnahme auf eine psychiatrische Abteilung.</p> <p><b>Evidenzgrad:2</b></p>

**Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital**

Bürki, R. (2004). Unveröffentlichte Diplomarbeit. SBK Bildungszentrum, Zürich.

<b>Ausgangslage / Design / Setting / Sample</b>	<b>Methode</b>	<b>Hauptergebnisse</b>	<b>Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad</b>
<p><b>Ausgangslage:</b> Pat. nach einem Suizidversuch stellen eine grosse Herausforderung für Pfl. im Akutspital dar. Im deutschsprachigen Raum sind bisher keine Studien veröffentlicht, die das Erleben und die Erfahrungen der Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital untersuchten.</p> <p><b>Design:</b> qualitatives Design in Anlehnung an den phänomenologischen Ansatz.</p> <p><b>Setting:</b> Kriseninterventionszentrum und Psychotherapie-Tagesklinik in einer Stadt der deutschsprachigen Schweiz.</p> <p><b>Sample:</b> 6 TN, deren Suizidversuch nicht länger als 2 Monate zurücklag. 5 erwachsene Frauen und 1 erwachsener Mann, Alter der TN: zwischen 18 und 65 Jahren, TN waren physisch und psychisch in der Lage, an der Befragung teilzunehmen. TN wurden durch eine Gelegenheitsstichprobe ausgewählt. TN waren zum Zeitpunkt der Interviews in stationärer oder teilstationärer Behandlung.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Semistrukturierte Interviews; Dauer der Interviews: zwischen 30 und 60 Min.; Ort der Durchführung: ruhiger Raum; Verlauf der Interviews wurde durch einen Interviewleitfaden vorgegeben; Reihenfolge und Formulierung der Fragen konnten geändert werden. Dieser Leitfaden wurde anhand zweier Probeinterviews mit Probanden überprüft. Interviews wurden auf TB aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Nach den Interviews wurden schriftliche Aufzeichnungen über Beobachtetes und Eindrücke als Memo festgehalten. Die Datensammlung erfolgte während 3 Monaten.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Die Daten wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert. Der Analyseprozess umfasst 7 Schritte (Methode von Colaizzi): 1. Lesen der transkribierten TB-Aufzeichnungen. 2. Bedeutsame Aussagen und Phrasen werden herausgefiltert. 3. Aus den Aussagen und Phrasen werden Bedeutungen formuliert. 4. Bildung von Themengruppen für die Beschreibungen der Interviewpartner. Formulierten Bedeutungen werden zu Themengruppen zusammengefasst. Themengruppen werden miteinander verglichen und es wird versucht, gleiche Themengruppen zu finden. Wörtliche Aussagen der TN wurden genutzt. 5. Ergebnisse dieser vorläufigen Datenanalyse werden in eine Beschreibung des Themas integriert. 6. Beschreibung des Phänomens wird auf seine essentiellen Strukturen reduziert. 7. Validierung durch 2 TN. Neue, relevante Daten, welche die TN hinzufügen, werden integriert.</p> <p><b>Ethik:</b> Teilnahme war freiwillig. Informierte Zustimmung der TN (schriftliche Einverständniserklärung) wurde eingeholt. Anonymität und Vertraulichkeit wurde den TN garantiert. Interviews konnten jederzeit abgebrochen werden.</p>	<p><u>Unterstützende pflegerische Interventionen und Verhaltensweisen:</u> <b>Zeit:</b> Pat. empfanden es als unterstützend, wenn jemand für sie da war, der Zeit für sie hatte. Zeit zu bekommen ohne Erwartungen und Forderungen wurde als unterstützend erlebt, ebenso dass kein zeitlicher Druck, keine Wartezeiten und keine Hektik für sie spürbar waren. Wenn die Pfl. Zeit für die suizidalen Pat. hatten, wurde die Angst der Pat. durch die beruhigende Wirkung der Gespräche reduziert. <b>Gespräch:</b> Die Pat. erfuhren es als positiv, wenn jemand für sie da war, der ihnen zuhörte und somit ein Gespräch möglich machte. Ein Gespräch wird auch als klärend erlebt. Als hilfreich erlebt wurde, wenn Pfl. ein Gespräch begannen. Während des Gesprächs wurde die echte Anteilnahme als unterstützend erlebt. Wichtig war den Pat. die notwendige Distanz der Pfl. im Sinne von Zurückhaltung und Respekt gegenüber dem Gesagten. <b>Unterstützung:</b> Regelmässige und enge Unterstützung sowie Überwachung wurde als gut und wichtig erlebt. <b>Zuwendung:</b> Zuwendung von Pfl. wird als wertschätzend, ernst genommen zu werden und als Interesse bekundend erlebt. Zuwendung während der Eintrittsphase ist besonders unterstützend. Das Gefühl Schutz zu erhalten wurde als positiv erlebt. <b>Information:</b> Als unterstützend erlebt wurde, wenn die TN genügend Informationen von den Pfl. bekamen (z.B. Möglichkeit, mit der Aussenwelt Kontakt aufzunehmen, wer ist zuständig für die Pflege, wann ist Schichtwechsel, Vorstellen mit Namen). <b>Organisation:</b> Als unterstützend erlebt wurde, wenn eine Bezugsperson für die TN bestimmt wurde. <b>Verhalten:</b> Freundlichkeit, Ehrlichkeit, Aufmerksamkeit und Hilfsbereitschaft wurden als unterstützend erlebt, v.a. für die Beziehung zwischen Pat. und Pfl. Als vorbildlich werden viel Zuwendung und angepasstes Verhalten betrachtet. Echt sein und Ernst nehmen sowie spürbare Übereinstimmung von Haltung, Mimik, Gestik, Kommunikation und Handlung im Verhalten, hat eine hohe Bedeutung für die Pat. Das Vertrauen zwischen den TN und den Pfl. wird als unterstützend beschrieben. Die TN betonten auch, dass sie die Berufserfahrung der Pfl. wahrnahmen, dies wirkte sich im Sinne von Beruhigung, Sicherheit und weniger Angst aus. <b>Privatsphäre:</b> Ein Einzelzimmer wurde als unterstützend erlebt.</p> <p><u>Hindernde pflegerische Interventionen und Verhaltensweisen:</u> Keine Gespräche, nicht angepasste oder keine Einschätzung der Suizidalität, eingeschränktes selbstbestimmtes Handeln, negatives Verhalten der Pfl., Mangel an Empathie, Anerkennung, Privatsphäre und Informationen.</p>	<p>Hauptergebnisse dieser Untersuchung der unterstützenden pflegerischen Interventionen und Verhaltensweisen beziehen sich auf die Zeit, das Gespräch, die Zuwendung und das Verhalten der Pfl. Aufrichtigkeit und Empathie unterstützen die Beziehung. Das Gespräch wirkt sehr unterstützend, v.a. wenn nachgefragt wird, was die Menschen nach dem Suizidversuch erlebt haben und ob die Pfl. Interesse an der Befindlichkeit der Pat. zeigen.</p> <p>Durch die Untersuchung wurde deutlich, dass Zeit, Gespräch, Zuwendung und das Verhalten voneinander abhängige Komponenten sind. Das heisst ein Gespräch wird als positiv erlebt, wenn Zeit vorhanden ist. Die Zuwendung beinhaltet das Vermitteln von echtem Interesse. Das Verhalten der Pfl. wurde als unterstützend erlebt, wenn die Pfl. freundlich, ehrlich, aufmerksam, echt und hilfsbereit waren. Die konstante Überwachung (1:1 Betreuung), als beschützende Unterstützung, wurde dann als wirksam erlebt, wenn die Pfl. echt waren.</p> <p><i>Empfehlungen:</i> Pfl. müssen ihre persönlichen Wertvorstellungen kennen; Entwicklung von Fertigkeiten im therapeutischen Umgang mit suizidalen Pat. durch Training und Bildung; zusätzliches empirisches Wissen wird benötigt, um Theoriebildung zu diesem Thema zu generieren und eine fundierte Basis zu schaffen; das Forschungsdesign erlaubt eine sehr praxisnahe Verwendung der gewonnenen Resultate.</p> <p><b>Evidenzgrad:</b> 2</p>

**The social support to patients after suicidal attempts provided by the nurses in Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk**

Sein Anand, J., Chodorowski, Z., Blok, J. &amp; Barwina, M. (2005). Przegląd Lekarski, 62 (6), 405-407.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Pfl. und andere medizinische Angestellte haben die Fähigkeit, Pat. mit einem niedrigen Selbstwertgefühl positive Unterstützung zu geben. Diese Unterstützung ist sehr wichtig, da Pat. nach einem Suizidversuch ihre Bedürfnisse nicht so ausdrücken können wie andere Pat.</p> <p><b>Design:</b> Nicht beschrieben.</p> <p><b>Setting:</b> Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk in Polen.</p> <p><b>Sample:</b> 40 TN (32 Frauen und 8 Männer), Alter der TN: zwischen 14 und 53 Jahren. Alle TN waren in der „Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk“ während zwei Wochen im Mai 2004 hospitalisiert. 19 der Frauen und 4 der Männer haben ihren Suizidversuch geplant. Hauptgründe für den Suizidversuch waren: familiäre Probleme, finanzielle Probleme und Probleme mit dem Arbeitgeber oder den Kindern.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Untersuchung mit einem Fragebogen. Alle TN wurden von Pfl. mittels eines speziellen Fragebogens befragt.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Keine Angaben.</p> <p><b>Ethik:</b> Nicht beschrieben.</p>	<p>Soziale Unterstützung (emotional, wertschätzend, instrumentell und informativ) von Seiten der Pfl. ist ein sehr wichtiger Faktor in der Pflege von Pat. nach einem Suizidversuch.</p> <p>Die meisten Pat. schätzten die emotionale Unterstützung sehr, die ihnen die Pfl. gaben. Fast alle Pat. erwähnten, dass die Pfl. aufmerksam und fürsorglich waren (97%), ihre Bedürfnisse kannten (95%) und auf diese eingingen (95%) und die Pfl. da waren, wenn sie Hilfe gebraucht haben (95%). All das wurde von den Pat. als unterstützend erlebt.</p> <p>Alle Pat. betonten, dass ihnen die Pfl. Kraft gaben, um ihre Meinung über den Suizidversuch zu ändern, jedoch erwarteten sie mehr Motivation von den Pfl., um ihre Haltung gegenüber Suizidversuchen zu ändern. Die Pat. fanden es als unterstützend, wenn sie gelobt wurden, vor allem wenn sie Aktivitäten des täglichen Lebens sehr gut erledigten. Fast alle Pat. fanden, dass die Pfl. ihnen halfen, ihr Selbstwertgefühl wieder aufzubauen (97.5%). Alle Pat. hatten das Gefühl, dass sie ernst genommen wurden (100%).</p> <p>Fast alle Pat. (90%) schätzten die Pfl. als professionelle Personen ein. Nur 2.5% der Pat. waren nicht derselben Meinung und 7.5% hatten keine Meinung. Die Pat. betonten, dass mehr Hilfe in den täglichen Aktivitäten wie z.B. beim Baden, Anziehen und Essen für sie unterstützend gewesen wäre.</p> <p>Die Pat. wurden vollständig über ihren Gesundheitszustand informiert. Für die Pat. war es hilfreich, wenn ihre Angehörigen durch die Pfl. angemessen informiert wurden. Gemäss einigen Pat. wurden ihre Familienangehörige nicht angemessen informiert (22.5%).</p> <p>Vergleich: Emotionale Unterstützung: +88%, -5.8%, keine Meinung: 6.2% Wertschätzende Unterstützung: +82.1%, -15.4%, keine Meinung: 2.5% Instrumentelle Unterstützung: +71.7%, -13.8%, keine Meinung: 14.5% Informativ Unterstützung: +72.8%, -26.2%, keine Meinung: 1%</p>	<p>Soziale Unterstützung erwies sich als ein sehr wichtiger Faktor in der Pflege von Pat. nach einem Suizidversuch.</p> <p>Soziale Unterstützung ist ein multidimensionales Konzept und wurde auf vielen verschiedenen Wegen konzeptualisiert. Die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung steht im Zusammenhang mit der Stabilität der interpersonellen Beziehungen.</p> <p>Soziale Unterstützung hat einen günstigen Effekt auf das Wohlbefinden.</p> <p>Dunleavy (1992) behauptet, dass Pat., die nach einem Suizidversuch hospitalisiert werden, eine wirkliche Herausforderung für die Pfl. darstellen. Aus der Sicht der Pfl. ist es klar, dass Pat. mit einem niedrigen Selbstwertgefühl professionelle Unterstützung benötigen. Die Pfl. sind in einer idealen Position, um die Pat. positiv zu unterstützen und ihr Selbstwertgefühl zu verbessern.</p> <p>In dieser Studie wollte man herausfinden, ob Pat. nach einem Suizidversuch von den Pfl. adäquate Unterstützung erhielten. Die Hauptbedürfnisse der Pat. waren angemessene medizinische Beratungen und adäquate Informationen. Die meisten Pat. fanden, dass die Pfl. sehr professionell waren und ihnen halfen, ihre Beziehungen mit der Gemeinschaft wieder aufzubauen sowie ihr Selbstwertgefühl zu steigern. Diese Art von Unterstützung ist sehr wichtig, denn sie kann einen schützenden Effekt vor weiteren Suizidversuchen sein.</p> <p><b>Evidenzgrad:</b> <b>3</b></p>
<p><b>Forschungsfrage, Ziel</b></p> <p><b>Ziel:</b> Auswertung von sozialer Unterstützung, die Pat. nach einem Suizidversuch in der „Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk“ bekommen.</p>			

**A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people**

Cutcliffe, J.R., Stevenson, C., Jackson, S. &amp; Smith, P. (2006). International Journal of Nursing Studies, 43, 791-802.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Trotz hoher Prävalenz von psychischen Krankheiten und dem damit verbundenem Suizidrisiko gibt es einen Mangel an Forschung zur Betreuung / Begleitung von suizidalen Pat. durch Pfl.</p> <p><b>Design:</b> Modifizierte Form der Grounded Theory.</p> <p><b>Setting:</b> zwei städtische Regionen in Grossbritannien.</p> <p><b>Sample:</b> theoretisches Sampling, 20 TN, TN waren über 18 Jahre alt, hatten einen Suizidversuch oder Suizidgedanken und hatten stationäre Pflege bei suizidaler Krise in Tagesklinik von Psychiatriepfl. erhalten.</p> <p><b>Forschungsfrage, Ziel</b></p> <p><b>Ziel:</b> Feststellen, ob Psychiatriepfl. bedeutsame Interventionen bei suizidalen Pat. durchführen und wenn ja; welche. Eine Theorie entwickeln über die psychiatrische Pflege von suizidalen Personen. Die Autoren wollen wissen, wie Psychiatriepfl. dem Pat. helfen können, sich von einer totorientierten Perspektive hin zu einer lebensorientierten zu bewegen.</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Halbstrukturierte Interviews (meistens zu Hause), Dauer: 1 - 2 h, Interviews fanden in einem ruhigen Raum statt. Interviews wurden auf TB aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Forschungsteam verwendete vorwiegend explorative Fragen. Sobald sich die Theorie zu entwickeln begann, wurde eine Kombination von explorativen und bestätigenden Fragen verwendet. Als sich die theoretischen Kategorien zu sättigen begannen, wurden vorwiegend bestätigende Fragen gebraucht.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Datensammlung und -analyse verlaufen nicht linear, sondern wechseln einander ab. Analyse in 3 Schritten. 1. Schritt: Transkribieren der Interviews, Interviewinhalte wurden offen kodiert. Daten wurden sorgfältig Zeile für Zeile untersucht, in einzelne Teile gegliedert und auf Ähnlichkeiten und Unterschiede überprüft. Es wurden wörtliche Aussagen der TN genutzt. Codes der Daten wurden in Clustern zusammengefasst, um daraus Kategorien zu bilden. 2. Schritt: Bildung einer Theorie, Reduktion und selektive Auswahl der Daten (Verdichtung), jede Kategorie wurde mit den anderen Kategorien verglichen, Oberbegriffe wurden gebildet. 3. Schritt: theoretisches Kodieren. Jeder im Forschungsteam war in die Datensammlung und -analyse involviert.</p> <p><b>Ethik:</b> Das Projekt wurde von zwei Ethikkommissionen bewilligt. Ethische Probleme wurden während der Studie aufgegriffen. Informierte Zustimmung der TN wurde eingeholt. Kein TN wurde durch das Interview geschädigt.</p>	<p>Zentrale Kategorie (Core-Variable) der Theorie: Wiederverbinden mit der Menschheit / Gesellschaft. Dies ist wichtig, um den Pat. von einer totorientierten Perspektive hin zu einer lebensorientierten Perspektive bewegen zu können. Zurück zur Gesellschaft führen durch verständnisvolles Verhalten, Zulassen von Gefühlsäusserungen; Pfl. ist die Brücke zurück zur Gesellschaft. Diese Core-Variable umfasst 3 Phasen:</p> <p><u>1.Phase: Menschenbild reflektieren:</u>  <i>Kategorie: Erfahrung von Intensität, Wärme und pflegebasierter Interaktion.</i> Pfl. vermittelten das Gefühl, dass die Pat. wichtig sind und dass sie sich für sie interessieren. Solche Gefühle und Erfahrungen wirken ihren negativen Perspektiven und ihren Suizidgedanken entgegen. Diese Gefühle und Erfahrungen halfen den TN zu fühlen, dass sie nicht alleine sind. Unterstützend für die suizidalen Pat. ist folgendes: Mitgefühl zeigen, Verständnis aufbringen, zuhören, Zeit verbringen, da sein, über seine Gefühle, Gedanken und Erfahrungen sprechen können, ohne dass die Pfl. urteilen, zwischenmenschliche Atmosphäre herstellen, Herzlichkeit und Wärme.  <i>Kategorie: Verändern der suizidalen Gedanken durch die Begegnung mit gegensätzlichen Erfahrungen.</i> Die suizidale Person kann ihre/seine Erfahrungen negativ deuten. Pfl. verstanden und anerkannten diese suizidalen Gedanken. Pat. konnten diese Gedanken abbauen, wenn sie ihre Glaubenssätze, Werte und falschen Selbsterwartungen veränderten und die Hoffnungslosigkeit nicht annahmen.</p> <p><u>2. Phase: Den suizidalen Menschen zurück zur Menschheit / Gesellschaft führen:</u>  <i>Kategorie: Einblick und Verständnis der Situation und der Erfahrungen der suizidalen Person.</i> Dadurch kann die suizidale Person verstehen, dass sie nicht unheilbar von der Menschheit / Gesellschaft getrennt ist und dass es einen Weg zurück gibt. Pat. waren überzeugt, dass es wichtig ist, die Kontrolle von suizidalen Gedanken zu übernehmen.  <i>Kategorie: Präsuizidale Vorstellungen unterstützen und verstärken.</i> Die Pat. beschrieben, wie ihre prä-suizidalen Vorstellungen hoffnungsvoll und hinweisend waren, dass das Leben lebenswert ist und dass es wichtig ist, dass sie ein Teil der Menschheit / Gesellschaft sind. Demzufolge beschäftigt sich diese Kategorie mit den Versuchen der Pfl., die suizidalen Patienten zu diesen hoffnungsvolleren Vorstellungen zu führen; sie zu unterstützen und anzuregen, ihre suizidalen Gedanken abzubauen.  <i>Kategorie: Eine neue zwischenmenschliche, helfende Beziehung aufbauen.</i> Die Pat. dieser Studie äusserten Erleichterung durch das Sprechen über ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen. Die Pat. äusserten, dass sie ihre Gefühle gegenüber Pfl. freier äussern konnten als innerhalb der Familie / Freunden. Mit den Pfl. konnten die suizidalen Personen offener sprechen; daraus resultierte ein Gefühl der Befreiung. Zudem konnten sie mit Pfl. in einem nicht wertenden Ambiente sprechen, was ihnen das Gefühl von Sicherheit gab. Die Pflegebeziehung ist sehr wichtig, um die suizidale Person zurück zur Menschheit / Gesellschaft zu führen.</p> <p><u>3.Phase: Lernen zu leben:</u>  <i>Kategorie: Anpassen des Umgangs mit vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Krisen.</i> In diesem Prozess ist es unterstützend, der Suizidalität einen Sinn zu geben. Pfl. unterstützen diesen Prozess kontinuierlich und helfen, neue Muster zu entwickeln. Dies ist ein langer und komplexer Prozess. Durch diesen Prozess versteht die suizidale Person mehr über die Bedeutung des Suizidversuches. Dieses Verständnis gibt der suizidalen Person Kraft.  <i>Kategorie: Weitergehen, zurück in die Gesellschaft.</i> Zurück ins Leben finden, jedoch mit einer anderen Verbindung zum Suizid; dem Suizidversuch einen Sinn geben.</p>	<p>Pfl., die mit suizidalen Pat. arbeiten, müssen sich mit dem Tod und der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen. Zudem sollen sie über Suizid reden können. Pfl. sollten Fähigkeiten und Qualitäten haben, um mit suizidalen Pat. zu arbeiten – die Kunst der mitfühlenden Pflege ist oberstes Prinzip.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen durch die Core-Variable den Weg von einer totorientierten Perspektive hin zu einer lebensorientierten.</p> <p>Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass suizidale Pat. eine differenzierte Pflege brauchen. Pat. möchten nicht unter Beobachtung stehen, sondern sie bevorzugen den Aufbau einer menschlichen, nahen Beziehung zu den Pfl.</p> <p><b>Evidenzgrad:</b> 2</p>



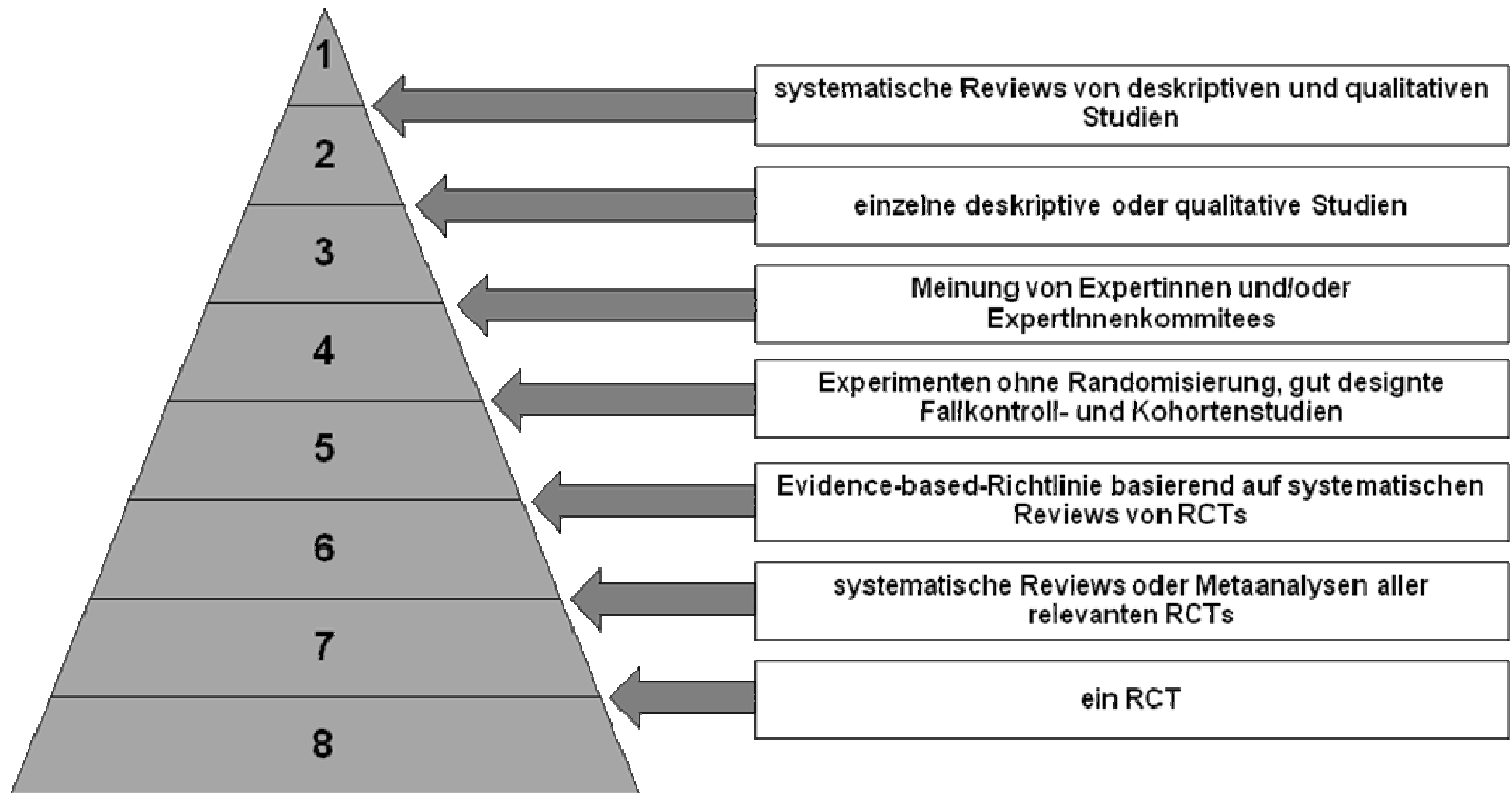
**Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing**

Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B. &amp; Gustafsson, B. (2007). Archives of Psychiatric Nursing, 21 (4), 222-232.

Ausgangslage / Design / Setting / Sample	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion / Schlussfolgerungen / Evidenzgrad
<p><b>Ausgangslage:</b> Die Begegnung, welche Pat. nach einem Suizidversuch mit den Pfl. haben, ist entscheidend für den weiteren suizidalen Verlauf. Eine empathische Begegnung im Krankenhaus vermittelt den Pat. Hoffnung. Studien bezüglich theoriebasierter Pflege suizidaler Pat. sind selten.</p> <p><b>Design:</b> Triangulation (qualitativ und quantitativ). Pilotstudie wurde durchgeführt.</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus in Stockholm, 13 Bettenstationen.</p> <p><b>Sample:</b> Von 37 Psychiatriepfl. stimmten 29 Pfl. der Teilnahme zu (78%), davon 23 Frauen und 6 Männer. Alter der TN: 27 - 64 Jahre. Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege: von 6 Monaten bis 34 Jahren. Die Pfl. wurden durch eine systematische Stichprobenbildung (jede 3. Pfl.) ausgewählt.</p> <p><b>Forschungsfrage, Ziel</b></p> <p><b>Ziel:</b> Die psychiatrische Pflege von suizidalen Pat. von einer handlungstheoretischen und bestätigenden Perspektive zu beschreiben, in dem man das „Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence“ (SAUC) Modell verwendete.</p> <p><b>Forschungsfragen:</b> Sind sich die Pfl. bewusst, wie wichtig die Treffen und Begegnungen für suizidale Pat. sind? Haben die Pfl. Ziele und Strategien, um die Ressourcen des Pat. zu stärken?</p>	<p><b>Datensammlung:</b> Pfl. wurden über Brief kontaktiert, welcher Informationen über Studie enthielt. Eine Woche später rief der Interviewer den voraussichtlichen TN an. Bei Zustimmung wurde Zeit und Platz für Interview vereinbart. Semistrukturierte Interviews wurden durchgeführt. Narrative Interviews waren zeitlich nicht begrenzt und wurden auf TB aufgezeichnet. Durchschnittsdauer der Interviews: 30 Min. Interviews begannen mit offenen Fragen zuerst über Pflege allgemein, gefolgt von spezifischen Fragen zur Pflege von suizidalen Pat. Nach Interviews erhielten TN Fragebogen (27 Fragen mit Punkteskala), der die Phasen des SAUC-Modells abdeckt, um den Schwerpunkt der Pflege zu untersuchen. 21 Pfl. von 29 Pfl. (72%) schickten Fragebogen zurück.</p> <p><b>SAUC-Modell:</b> S: Sympathie ausdrücken A: Akzeptanz zeigen U: Verständnis entwickeln C: Kompetenz aufzeigen</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Qualitative Inhaltsanalyse: 1. Mehrmaliges Lesen der transkribierten TB-Aufzeichnungen durch zwei Autoren (Larsson &amp; Gustafsson). 2. Bedeutsame Aussagen über Pflege wurden herausgefiltert. 3. Aus Aussagen werden Bedeutungseinheiten („meaning units“) identifiziert (negative und positive). Bildung der Themen und Unterthemen, in dem das SAUC-Modell als theoretischer Rahmen angewendet wurde. Zitate der TN wurden aufgeführt. 4. Kodierung der Bedeutungseinheiten. 5. Inhaltsanalyse wurde von Larsson &amp; Gustafsson getrennt durchgeführt. Wenn sie nicht derselben Meinung waren, wurde diskutiert, um eine Vereinbarung bezüglich der Codes zu finden.</p> <p><b>Ethik:</b> Teilnahme freiwillig. TN hatten das Recht, die Teilnahme jederzeit ohne Erklärung abzubrechen. Anonymität gewährleistet und Daten vertraulich behandelt. Die Studie wurde von der Ethikkommission bewilligt.</p>	<p>Fragebögen zeigten, dass Pfl. die Personenunterstützung und die Selbstunterstützung als gleich wichtig betrachten und sie gaben an, auch dementsprechend zu arbeiten.</p> <p>Interviews zeigten, dass die „meaning units“ der A-Phase die häufigsten sind (31%), gefolgt von den „meaning units“ der C-Phase (25%), der S-Phase (22%) und der U-Phase (21%). Fragebögen zeigten, dass Psychiatriepfl. ihre Pflege von suizidalen Pat. gleichermassen hoch in den verschiedenen SAUC-Phasen einschätzten.</p> <p><b>Person unterstützen / nicht unterstützen</b> Die Kodierung der 248 „meaning units“ im SAUC-Modell zeigte, dass 205 entweder die Personen unterstützen oder nicht unterstützen.</p> <p><b>S-Phase:</b> Sympathie ausdrücken (39/205): Behutsamkeit, Nähe, Zugänglichkeit und Bestätigung, z.B. Beachtung der wesentlichen Bedürfnisse; Pat. begleiten; beim Pat. sein; zugänglich sein und Pat. bestätigen, in dem man aufmerksam ist. Keine Sympathie ausdrücken (8/205): ungenügende Beschäftigung, z.B. Pat. zu ignorieren oder nicht aufmerksam zu sein.</p> <p><b>A-Phase:</b> Akzeptanz zeigen (41/205): akzeptierend sein; nicht wertend sein; Respekt zeigen; aufmerksam zuhören, z.B. Pat. über Todeswunsch sprechen lassen ohne zu unterbrechen oder Einwände zu machen; Pat. erlauben über Hoffnungslosigkeit zu sprechen; Suizidversuch nicht in Frage stellen und Pat. ernst nehmen.</p> <p>Keine Akzeptanz zeigen (14/205): Pat. nicht ausreichend zuhören oder Suizidversuch nicht ernst nehmen.</p> <p><b>U-Phase:</b> Verständnis entwickeln (33/205): aktuelle Suizidpläne oder –gedanken durch Gespräche ausfindig machen.</p> <p>Kein Verständnis entwickeln (16/205): Pat. nicht erreichen und deshalb die Suizidgedanken nicht erkennen.</p> <p><b>C-Phase:</b> Kompetenz aufzeigen (46/205): Pat. zu verstehen geben, dass die Handlungen, welche durchgeführt werden, zu ihrem eigenen Wohl getan werden. Pat. Zwangshandlungen und Entscheidung dazu erklären, um Gefühl der Kränkung zu reduzieren.</p> <p>Keine Kompetenz aufzeigen (8/205): Pat. nicht erklären können, warum Zwangshandlungen durchgeführt werden.</p> <p><b>Selbstunterstützung / keine Selbstunterstützung</b> Die Kodierung der 248 „meaning units“ im SAUC-Modell zeigte, dass 43 Selbstunterstützung oder keine Selbstunterstützung betrafen:</p> <p><b>S-Phase:</b> Betrifft hauptsächlich die Wichtigkeit der Informationen. Wenn Pat. Gründe für Zwangshandlungen verstanden, konnten Alternativen gefunden werden (10/43).</p> <p><b>A-Phase:</b> Begleitung und Gespräche. Die Pfl. beschrieben, wie sie die Pat. unterstützten, ihre Haltung zu überprüfen (15/43). Gefühle des enttäuscht seins der Pfl., wenn Pat., mit denen man ein Bündnis hat, sich selber verletzt (8/43).</p> <p><b>U-Phase:</b> Wichtig, Pat. Freiheit zu lassen, wenn möglich selber Entscheidungen zu treffen (2/43). Pat. Hoffnung vermitteln (2/43).</p> <p><b>C-Phase:</b> Selbstvertrauen des Pat. stärken sowie Ressourcen erkennen und fördern (6/43).</p>	<p>Erzählungen der Pfl. über Pflege von suizidalen Pat. ähnlich wie in früheren Studien. SAUC-Modell deckt alle relevanten herausgefundenen Daten ab. Modell als Instrument für qualitative Inhaltsanalysen bezüglich psychiatrischer Pflege geeignet.</p> <p>Unterschied zwischen Resultaten der Fragebögen und Inhaltsanalyse haben mehrere Gründe. Die Pflege, welche die Pfl. in den Interviews beschrieben, könnte als aktuelle Pflege und die Resultate der Fragebögen könnte als ideale Pflege interpretiert werden. Pfl. betonten Wichtigkeit von offen, akzeptierend, verständnisvoll, verständlich, aufmerksam, respektvoll und engagiert sein. Psychiatrische Pat. betonten ebenfalls dies als wichtig.</p> <p>Analyse der Fragebögen zeigte, dass die S-Phase am höchsten eingestuft wurde, wenn die Pfl. die Pflege von suizidalen Pat. beschrieben. In Interviews wies die S-Phase die geringste Anzahl von „meaning units“ auf. Es könnte sein, dass die Pfl. diese Ziele und Handlungen in den Interviews nicht erwähnten, da sie diese als selbstverständlich sehen. Im Interviewmaterial hatte die A-Phase die meisten „meaning units“. Dies ist positiv, da suizidale Pat. häufig Gefühle von Scham und Schuld haben und mit Akzeptanz diesen Gefühlen entgegenwirken können. In der U-Phase konzentrierten sich die Pfl. auf das Erfassen von Informationen. Begleitung und Bestätigung wurden in der C-Phase beschrieben.</p> <p>Wie in vorausgegangenen Studien wurde die Pflege von suizidalen Pat. als anspruchsvoll beschrieben. Es bräuchte eine Pflege Theorie, welche die Pfl. in ihrer Arbeit unterstützt.</p> <p><b>Evidenzgrad:</b> 2</p>

## Anhang E: Evidenzhierarchie

## Evidenzhierarchie für Fragen nach dem persönlichen Erleben nach Fineout-Overholt et al. (2005)



## **Anhang F: Qualitätseinschätzung der Studien**

**Quelle:** Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1034-1041.

## Glaubwürdigkeit

### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.)	Forschungsthema ist diskutiert. Es wird beschrieben, dass suizidale Pat. spezielle Pflege benötigen und dass die Pflegefachpersonen oft nicht wissen, wie sie suizidale Pat. betreuen / begleiten sollen.	2/2
Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Ziel wurde definiert.	2/2
		Total: 4/4

### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Phänomenologie – Design ist nicht explizit begründet, jedoch geeignet für das Ziel.	2/2
		Total: 2/2

### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, die Datenanalyse und die Ergebnisse durchgeführt.	2/2
Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	0/2
		Total: 2/4

### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.)	Auswahl der TN entspricht dem Ziel und ist begründet. Insgesamt 21 Pat., entweder nach einem Suizidversuch oder mit Suizidgedanken. Alle TN wurden stationär behandelt.	2/2
Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)		2/2
		Total: 4/4

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.) Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1 P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.) Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.) Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.) Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	TN sind ausreichend beschrieben: 21 Pat. – 9 Männer und 12 Frauen; Alter der TN: 25 - 63 Jahre; Spitalaufenthalt: 19 - 78 Tage; TN hatten Suizidversuch oder Suizidgedanken.  Umfeld der TN ist teilweise beschrieben → 5 Spitäler in Norwegen. Zwei Notfallstationen, zwei „sub-emergency rooms“ und eine psychogeriatrische Abteilung (stationäre Behandlung).  Perspektive der Forscher ist teilweise beschrieben → Empfehlungen wurden abgegeben.	2/2  1/2  1/2  Total: 4/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Insgesamt wurden 21 Interviews durchgeführt. Dauer der Interviews: 30 - 60 Min.	2/2  Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Entsprechend der Phänomenologie wurden die Daten durch aufmerksames Lesen der Transkription der Interviews, durch strukturelle Analyse der Interviews (Gliederung der Transkription in Abschnitten, Kodierung, Bildung von Themen und Unterthemen) und durch umfassendes Verständnis mit Reflektion analysiert.	2/2  Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung → nach dem 21. Interview zeigten sich keine neuen Informationen mehr.	2/2  Total: 2/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26***Note: 5.2***Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 22*

## Aussagekraft

### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Zitate der TN wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.)	Kein Hinweis, dass kein Konsens gefunden wurde.	2/2
Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Validierung durch TN wurde nicht durchgeführt.	0/2
		Total: 2/4

Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6

Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 4

**Note: 4.3**

## Anwendbarkeit

### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen, Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise, Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht, Personen besser zu verstehen (0 P.)	Ja, in dieser Studie ist gut zu sehen, welches Verhalten der Pflegefachpersonen die Pat. als bestätigend / unterstützend erleben. Ebenfalls ist aufgeführt, welches Verhalten als nicht bestätigend / nicht unterstützend erlebt wird.	2/2
		Total: 2/2

### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Es sind keine Möglichkeiten explizit erwähnt, jedoch sind konkrete Möglichkeiten ersichtlich, wo dieses Verhalten angewendet werden kann.	1/2
		Total: 1/2

Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4

Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 3

**Note: 4.8**

Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36

Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 29

**Note: 5.0**

**Quelle:** Cardell, R. & Pitula, C.R. (1999). Suicidal inpatient's perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*, 50 (8), 1066-1070.

## Glaubwürdigkeit

### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.)	Forschungsthema ist diskutiert. Es wird beschrieben, dass konstante Überwachung eine Standardbehandlung für Pat. sei, die in hohem Mass suizidal sind. Die Überwachung ist personalaufwändig und teuer. Bisher wurde das Erleben der Überwachung durch suizidale Pat. wenig erforscht.	2/2
Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Ziel wurde definiert.	2/2
		Total: 4/4

### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Qualitativer Forschungsansatz. Ansätze der Grounded Theory → die Daten wurden nach der Grounded Theory analysiert. Wahl des Designs wurde nicht explizit begründet, ist jedoch für das Ziel geeignet.	2/2
		Total: 2/2

### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, die Methode, die Diskussion und die Schlussfolgerungen durchgeführt.	2/2
Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	0/2
		Total: 2/4

### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.)	Auswahl der TN ist passend zum Ziel und begründet. Insgesamt 20 suizidale erwachsene Pat., welche überwacht wurden. Alle Pat. wurden stationär behandelt. TN wurden nicht randomisiert aus 3 psychiatrischen Einrichtungen ausgewählt.	2/2
Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)		2/2
		Total: 4/4



**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.) Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1 P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.) Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.) Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.) Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	TN sind ausreichend beschrieben: 20 Pat. – 7 Männer und 13 Frauen, welche innerhalb der letzten zwei Wochen, bevor sie interviewt wurden, überwacht wurden. Durchschnittsalter der TN: 32 Jahre, Dauer der Überwachung: zwischen 4 h und 6 Tagen. Hauptdiagnosen der TN: Depression (60%) und Borderline Persönlichkeitsstörung (55%).  Umfeld der TN ist teilweise beschrieben → drei psychiatrische Einrichtungen in den USA.  Perspektive der Forscher ist nicht beschrieben.	2/2       1/2  0/2 Total: 3/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Ausführliche und tiefgründige Interviews wurden durchgeführt. Insgesamt wurden 47 Interviews mit den 20 TN durchgeführt. Jeder TN wurde mind. zweimal interviewt. Weitere Interviews wurden zur Verdeutlichung durchgeführt.	2/2   Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Entsprechend der Grounded Theory wurden die Daten analysiert. Themen wurden identifiziert. Diese wurden von beiden Autoren und von einem ausstehenden Experten für qualitative Forschung bestätigt.	2/2   Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung. Ausführliche und tiefgründige Interviews wurden durchgeführt. Jeder TN wurde mind. zweimal interviewt. Weitere Interviews wurden zur Verdeutlichung durchgeführt.	2/2   Total: 2/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26**Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 21***Note: 5.0**

## Aussagekraft

### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Zitate der TN wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.) Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Konsens im Forscherteam ist vorhanden. Themen wurden von beiden Autoren und einem aussenstehenden Experten für qualitative Forschung bestätigt.  Validierung durch TN wurde nicht durchgeführt.	2/2  0/2 Total: 2/4

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6*

*Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 4*

**Note: 4.3**

## Anwendbarkeit

### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen, Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise, Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht, Personen besser zu verstehen (0 P.)	Ja, in dieser Studie erzählen die TN ihre Erfahrungen bezüglich konstanter Überwachung. Welche Interventionen / Verhaltensweisen sie als unterstützend erleben und welche für sie nicht hilfreich sind. Durch die Ergebnisse kann man die Gefühle der Pat. besser verstehen.	2/2
		Total: 2/2

### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Es sind keine Möglichkeiten explizit beschrieben, jedoch sind konkrete Möglichkeiten ersichtlich, wo diese Interventionen / Verhaltensweisen angewendet werden können.	1/2
		Total: 1/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4*

*Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 3*

**Note: 4.8**

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36*

*Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 28*

**Note: 4.9**

**Quelle:** Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M. & Saveman, B. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 635-643.

### Glaubwürdigkeit

#### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.)	Forschungsthema ist diskutiert. Es wird beschrieben, dass Suizidversuche ein häufiges Problem innerhalb der psychiatrischen Pflege sind und dass weitere Forschungen im Bereich des Erlebens der suizidalen Pat. in der psychiatrischen Pflege notwendig sind.	2/2
Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Ziel wurde definiert.	2/2 Total: 4/4

#### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Qualitativer Forschungsansatz. Art der Datensammlung und –analyse weist darauf hin, dass es sich um das Design der Phänomenologie handelt. Design ist nicht explizit begründet, jedoch nachvollziehbar.	2/2  Total: 2/2

#### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, die Datensammlung, die Datenanalyse und die Diskussion durchgeführt.	2/2
Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	0/2  Total: 2/4

#### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.)	Die Auswahl der TN ist passend zum Ziel und begründet. 21 Pat. wurden zur Teilnahme gefragt. Sie wurden alle stationär auf einer psychiatrischen Abteilung behandelt.	2/2
Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)		2/2  Total: 4/4

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.) Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1 P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.) Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.) Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.) Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	TN sind ausreichend beschrieben: 18 Pat. stimmten der Teilnahme zu – 6 Frauen und 12 Männer; Alter der TN: 18 - 53; alle hatten einen Suizidversuch, Art des Suizidversuches ist ebenfalls beschrieben. Hauptdiagnose der TN: Depression  Umfeld der TN ist teilweise beschrieben → psychiatrische Abteilung im Karolinska Spital in Stockholm.  Perspektive der Forscher ist teilweise in der Diskussion ersichtlich. Zudem wurden Empfehlungen für die Praxis abgegeben.	2/2      1/2  1/2  Total: 4/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Halbstrukturierte Interviews mit einem Interviewleitfaden wurden durchgeführt. Interviews wurden von 2 Autoren durchgeführt. Dauer der Interviews: 30 - 70 Min.	2/2   Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Analyse in 5 Schritten (qualitative Inhaltsanalyse): wörtliche Transkription der Interviews, Bildung von 4 zentralen Kategorien, Bildung von Übertiteln, Kodierung, Reduktion auf 3 Kategorien, Bildung von 10 Unterkategorien.	2/2   Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensättigung ist nicht beschrieben.	0/2   Total: 0/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26**Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 20***Note: 4.8**

## Aussagekraft

### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Zitate der TN wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.)	Kein Hinweis, dass kein Konsens gefunden wurde.	2/2
Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Keine Angaben zur Validierung durch Teilnehmer.	0/2
		Total: 2/4

Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6

Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 4

**Note: 4.3**

## Anwendbarkeit

### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen, Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise, Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht, Personen besser zu verstehen (1 P.)	Ja, in dieser Studie ist gut ersichtlich, welches Verhalten der Pflegefachpersonen die Pat. unterstützend erleben. Beschrieben ist ebenfalls, welches Verhalten der Pflegefachpersonen die Pat. nicht unterstützend erleben.	2/2
		Total: 2/2

### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Es sind keine Möglichkeiten explizit erwähnt, jedoch sind konkrete Möglichkeiten ersichtlich, wo dieses Verhalten angewendet werden kann.	1/2
		Total: 1/2

Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4

Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 3

**Note: 4.8**

Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36

Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 27

**Note: 4.8**

**Quelle:** Wiklander, M., Samuelsson, M. & Asberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 293-300.

## Glaubwürdigkeit

### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.) Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Forschungsthema ist diskutiert. Es wird beschrieben, dass es wichtig ist, Schamreaktionen nach einem Suizidversuch zu verstehen, um die Pflege von Pat. nach einem Suizidversuch zu optimieren. Pat. sind sensibel gegenüber dem Verhalten der Pfl. Bestimmte Verhaltensweisen der Pfl. können die Scham der Pat. mildern oder verstärken.  Ziel wurde definiert.	2/2    2/2 Total: 4/4

### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Qualitativer Forschungsansatz. Art der Datensammlung und -analyse weist darauf hin, dass es sich um das Design der Phänomenologie handelt. Design ist nicht explizit begründet, jedoch nachvollziehbar.	2/2   Total: 2/2

### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, die Datensammlung, die Datenanalyse und die Diskussion durchgeführt.  Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	2/2   0/2   Total: 2/4

### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.) Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)	Auswahl der TN ist passend zum Ziel und begründet. 21 Pat., welche auf einer psychiatrischen Abteilung stationär behandelt wurden, wurden zur Teilnahme gefragt.	2/2    2/2 Total: 4/4

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.) Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1 P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.) Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.)	TN sind ausreichend beschrieben: 18 Pat. stimmten der Teilnahme zu, davon wurden 13 TN in die Analyse einbezogen – 5 Frauen und 8 Männer; Alter der TN: 22 - 53; alle hatten einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich; Art des Suizidversuches ist ebenfalls beschrieben. 12 TN hatten eine psychiatrische Erkrankung.	2/2
Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.)	Umfeld der TN ist teilweise beschrieben → psychiatrische Abteilung im Karolinska Spital in Stockholm.	1/2
Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	Perspektive der Forscher ist nicht beschrieben.	0/2
		Total: 3/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Halb-strukturierte Interviews mit einem Interviewleitfaden wurden durchgeführt. Interviews wurden von 2 Autoren durchgeführt. Dauer der Interviews: ca. 60 Min. TN wurden gebeten, ihre Erfahrungen während der Hospitalisation bezüglich der Pflege zu erzählen.	2/2
		Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Qualitative Inhaltsanalyse: wortgetreue Transkription der Interviews. 1. Autor las 18 Interviews durch und machte Randbemerkungen, in 13 Interviews traten Beschreibungen bezüglich Scham auf, diese wurden in die Analyse eingeschlossen. Daten wurden sortiert und Kategorien gebildet, Daten wurden miteinander verglichen. 2. Autor verglich die Themen bezüglich Scham mit den Interviews.	2/2
		Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensättigung ist nicht beschrieben.	0/2
		Total: 0/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26**Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 19***Note: 4.7**

## Aussagekraft

### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Aussagen der TN wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.)	Kein Hinweis, dass kein Konsens gefunden wurde. Übereinstimmung zwischen zwei Autoren. 2. Autor verglich die Themen bezüglich Scham mit den Interviews.	2/2
Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Validierung durch TN durchgeführt. 6 TN stimmten einem Follow-up Interview zu. Alle bestätigten die Schamreaktionen der ersten Interviews.	2/2
		Total: 4/4

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6*

*Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 6*

**Note: 6.0**

## Anwendbarkeit

### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen, Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise, Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht, Personen besser zu verstehen (1 P.)	In dieser Studie sieht man, dass Scham eine wichtige Rolle bei Pat. nach einem Suizidversuch spielt. Es ist gut ersichtlich, welches Verhalten der Pfl. die Scham der Pat. lindert und welches Verhalten die Scham verstärkt.	2/2
		Total: 2/2

### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Es sind keine Möglichkeiten explizit erwähnt, jedoch sehe ich konkrete Möglichkeiten, wo das Verhalten, um die Scham zu lindern, angewendet werden kann.	1/2
		Total: 1/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4*

*Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 3*

**Note: 4.8**

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36*

*Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 28*

**Note: 4.9**



**Quelle:** Bürki, R. (2004). Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital. Unveröffentlichte Diplomarbeit, SBK Bildungszentrum, Zürich.

## Glaubwürdigkeit

### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.) Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Forschungsthema ist diskutiert. Es wird beschrieben, dass die Betreuung von Pat. nach einem Suizidversuch für die Pfl. im Akutspital eine grosse Herausforderung darstellen. Im deutschsprachigen Raum wurden bisher keine Studien bezüglich dem Erleben und den Erfahrungen von Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital veröffentlicht.  Ziel und Forschungsfrage wurden definiert.	2/2    2/2 Total: 4/4

### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Qualitatives Design in Anlehnung an den phänomenologischen Ansatz. Wahl des Designs ist begründet. Ein qualitatives Design eignet sich vorzüglich zur Bearbeitung der Fragestellung dieser Untersuchung.	2/2  Total: 2/2

### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, den Literaturüberblick, die Datensammlung, die Datenanalyse, die Diskussion und die Schlussfolgerungen durchgeführt.  Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	2/2   0/2 Total: 2/4

### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.) Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)	Auswahl der TN ist passend zum Ziel und zur Forschungsfrage und ist begründet. Insgesamt 6 TN, deren Suizidversuch nicht länger als 2 Monate zurücklag. TN wurden durch eine Gelegenheitsstichprobe ausgewählt.	2/2   2/2 Total: 4/4

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.) Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1 P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.) Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.) Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.) Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	TN sind ausreichend beschrieben: 6 TN – 5 erwachsene Frauen und ein erwachsener Mann; Alter der TN: zwischen 18 und 65 Jahren; physisch und psychisch in der Lage an einer Untersuchung teilzunehmen; Suizidversuch liegt nicht länger als 2 Monate zurück; TN waren zum Zeitpunkt der Interviews in stationärer oder teilstationärer Behandlung.  Umfeld der TN ist teilweise beschrieben → Kriseninterventionszentrum und Psychotherapie-Tagesklinik. Stationär oder teilstationär.  Perspektive der Forscherin ist teilweise beschrieben → Empfehlungen wurden abgegeben.	2/2       1/2  1/2 Total: 4/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Semi-strukturierte Interviews wurden durchgeführt. Interviewleitfaden wurde verwendet. Dauer der Interviews: zwischen 30 und 60 Min. Datensammlung erfolgte während 3 Monaten.	2/2   Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Die Daten wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an die phänomenologische Methode von Colaizzi (1978) analysiert.	2/2   Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensättigung ist nicht beschrieben.	0/2   Total: 2/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26**Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 20***Note: 4.8**

## Aussagekraft

### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Zitate der TN wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.) Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Studie wurde von einer Autorin durchgeführt.    Validierung durch 2 TN wurde durchgeführt. Neue, relevante Daten, welche die TN hinzufügten, wurden integriert.	2/2    2/2
		Total: 4/4

Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6

Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 6

**Note: 6.0**

## Anwendbarkeit

### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen, Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise, Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht, Personen besser zu verstehen (0 P.)	Ja, in dieser Studie wird beschrieben, wie Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital das pflegerische Verhalten und die Interventionen erfahren und welche Verhaltensweisen und Interventionen sie als unterstützend erleben und welche nicht.	2/2
		Total: 2/2

### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Die unterstützenden Interventionen und Verhaltensweisen können im Akutspital sowie in einer psychiatrischen Einrichtung eingesetzt werden. Das Forschungsdesign erlaubt eine praxisnahe Verwendung der gewonnenen Resultate.	2/2
		Total: 2/2

Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4

Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 4

**Note: 6.0**

Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36

Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 30

**Note: 5.2**

**Quelle:** Sein Anand, J., Chodorowski, Z., Blok, J. & Barwina, M. (2005). The social support to patients after suicidal attempts provided by the nurses in Clinic of Acute Poisonings Medical University of Gdansk. *Przegląd lekarski*, 62 (6), 405-407.

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Welches nicht-experimentelle Design wird in der Studie verwendet?	Das Design wird in der Studie nicht erwähnt. Ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen (Ja, Nein, keine Meinung) wurde für die Untersuchung verwendet.	0/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wird auf der Basis des theoretischen Bezugsrahmens der Grund für die Wahl des Designs deutlich?	In der Studie ist kein theoretischer Bezugsrahmen ersichtlich.	0/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Stimmt das Design mit der Absicht der Studie überein?	Durch die Fragebögen konnte die soziale Unterstützung, welche die Pat. nach dem Suizidversuch erhielten, ausgewertet werden.	1/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ist das Design für das Forschungsproblem geeignet?	Durch die Fragebögen konnte herausgefunden werden, wie die Pfl. die Pat. nach dem Suizidversuch unterstützten.	1/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ist das Design auf die Methoden der Datensammlung abgestimmt?	Das Design ist nicht erwähnt. Die Daten wurden mittels Fragebögen gesammelt.	0/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Stimmt die Darstellung der Ergebnisse mit dem gewählten Design überein?	Ja, die Ergebnisse wurden in Tabellenform dargestellt. Zu jeder Frage wurden die Prozentzahlen angegeben.	1/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Geht die Arbeit über die Beziehungsparameter der Ergebnisse hinaus und leitet fälschlicherweise Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen den Variablen ab?	Es wurden keine Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen den Variablen abgeleitet.	1/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Gibt es Gründe für die Annahme, dass es noch andere Erklärungen für die Ergebnisse gibt?	Nein. Alle Pat. wurden mittels Fragebögen mündlich befragt. Keine Angaben über Unterschiede in der Datensammlung.	1/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wie diskutiert der Forscher – an geeigneter Stelle – die Gefahren für die interne und externe Validität?	Die Forscher diskutieren die Gefahren für die interne und externe Validität nicht.	0/1

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / <b>Mögliche Punkte</b>
Wie geht der Autor mit den Beschränkungen der Studie um?	Keine Beschränkungen beschrieben.	0/1

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 10*  
**Note: 3.5**

*Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 5*

**Quelle:** Cutcliffe, J.R., Stevenson, Ch., Jackson, S. & Smith, P. (2006). A modified grounded theory of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 791-802.

## Glaubwürdigkeit

### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.)	Forschungsthema ist teilweise diskutiert. Es ist mehr zum Thema Suizid selbst als zur Rolle der Pflegefachpersonen geschrieben.	1/2
Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Ziel ist klar definiert.	2/2
		Total: 3/4

### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Grounded Theory → Wahl des Designs ist umfassend begründet.	2/2
		Total: 2/2

### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, die Datensammlung, die Datenanalyse, die Ergebnisse, die Diskussion und die Schlussfolgerungen durchgeführt.	2/2
Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	0/2
		Total: 2/4

### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.)	Theoretisches Sampling. Auswahl ist passend zum Ziel und begründet. 20 TN → Suizidversuch oder Suizidgedanken; erhielten stationäre Pflege bei suizidaler Krise in einer Tagesklinik.	2/2
Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)		2/2
		Total: 4/4

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.)	Teilnehmer wurden nur im Rahmen des Samplings beschrieben, keine Angaben zum genauen Alter und Geschlecht.	1/2
Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1 P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.)	Umfeld der Teilnehmer wurde nur teilweise beschrieben → zwei städtische Regionen in Grossbritannien.	1/2
Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.) Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.) Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	Perspektive der Forscher ist nur teilweise in der Diskussion ersichtlich.	1/2
		Total: 3/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Halb-strukturierte Interviews wurden durchgeführt. Dauer der Interviews: 1-2 h.	2/2
		Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Entsprechend der Grounded Theory wurden die Daten durch Transkribieren der Interviews, Kodieren (Kodes), Bildung von Kategorien, Bildung einer Theorie, Reduktion und selektive Auswahl der Daten, Bildung von Oberbegriffen und theoretisches Kodieren analysiert.	2/2
		Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung. Um sicher zu sein, dass keine neuen Prozesse der TN dazukommen, wurden noch drei weitere Interviews durchgeführt.	2/2
		Total: 2/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26**Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 20***Note: 4.8**

### Aussagekraft

#### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind sehr ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Zitate der Pat. wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

#### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.) Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Bei Uneinigkeiten diskutierten die Forscher bis ein Konsens gefunden wurde. Kontakte der Forscher durch Mail, Videokonferenz und direkte Kontakte.  Keine Angaben zur Validierung durch Teilnehmer.	2/2   0/2
		Total: 2/4

Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6

Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 4

**Note: 4.3**

### Anwendbarkeit

#### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen, Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise, Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht, Personen besser zu verstehen (0 P.)	Ja, gutes Verständnis der Verhaltensweisen/Haltungen der Pflegefachpersonen, welche die Pat. als hilfreich erleben.	2/2
		Total: 2/2

#### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Es wird erwähnt, dass das unterstützende Verhalten der Pflegefachpersonen auch in anderen Settings angewendet werden kann.	2/2
		Total: 2/2

Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4

Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 4

**Note: 6.0**

Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36

Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 28

**Note: 4.9**



**Quelle:** Larsson, P., Nilsson, S., Runeson B. & Gustafsson B. (2007). Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing. Archives of Psychiatric Nursing, 21 (4), 222-232.

### Glaubwürdigkeit

#### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Forschungsthema ist diskutiert (2 P.) Forschungsthema ist teilweise diskutiert (1 P.) Forschungsthema ist nicht diskutiert (0 P.)	Forschungsthema ist diskutiert. Es wird beschrieben, dass die Begegnung, welche Pat. nach einem Suizidversuch mit den Pfl. haben, entscheidend für den weiteren suizidalen Verlauf sei. Studien bezüglich theoriebasierter Pflege von suizidalen Pat. sind selten.	2/2
Ziel ist definiert (2 P.) Ziel ist teilweise definiert (1 P.) Ziel ist nicht definiert (0 P.)	Ziel und Forschungsfragen wurden definiert.	2/2
		Total: 4/4

#### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Wahl des Designs ist begründet (2 P.) Wahl des Designs ist teilweise begründet (1 P.) Wahl des Designs ist nicht begründet (0 P.)	Qualitativer und quantitativer Forschungsansatz (Triangulation). Die Art der Datensammlung und -analyse weist auf ein phänomenologisches Design hin (qualitativ). Fragebögen (quantitativ). Design ist nicht explizit begründet, jedoch passend zum Ziel und zu den Forschungsfragen.	2/2
		Total: 2/2

#### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Literaturrecherche durchgeführt (2 P.) Literaturrecherche teilweise durchgeführt (1 P.) Keine Literaturrecherche (0 P.)	Eine Literaturrecherche wurde für die Einleitung, den theoretischen Rahmen, die Datensammlung, die Datenanalyse und die Diskussion durchgeführt.	2/2
Zeitpunkt der Literaturrecherche begründet (2 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche teilweise begründet (1 P.) Zeitpunkt der Literaturrecherche nicht begründet (0 P.)	Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht explizit erwähnt.	0/2
		Total: 2/4

#### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / mögliche Punkte
Auswahl der TN passend zur Forschungsfrage / Ziel (2 P.) Auswahl der TN teilweise passend zur Forschungsfrage / Ziel (1 P.) Auswahl der TN nicht passend zur Forschungsfrage / Ziel (0 P.)	Auswahl der TN ist passend zum Ziel und zu den Forschungsfragen und ist begründet. Von 37 Psychiatriepfl. stimmten 29 Pfl. der Teilnahme zu. Die Pfl. wurden durch eine systematische Stichprobenbildung (jede 3. Pfl.) ausgewählt.	2/2
Auswahl ist begründet (2 P.) Auswahl ist teilweise begründet (1 P.) Auswahl ist nicht begründet (0 P.)		2/2
		Total: 4/4

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?***Auch die Perspektive des Forschers?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
TN ausreichend beschrieben (2 P.) TN teilweise beschrieben (1 P.) TN nicht beschrieben (0 P.) Umfeld ausreichend beschrieben (2 P.) Umfeld teilweise beschrieben (1P.) Umfeld nicht beschrieben (0 P.) Perspektive des Forschers beschrieben (2 P.) Perspektive des Forschers teilweise beschrieben (1 P.) Perspektive des Forschers nicht beschrieben (0 P.)	TN sind ausreichend beschrieben: 29 TN, davon 23 Frauen und 6 Männer. Alter der TN: zwischen 27 und 64 Jahren. Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege: von 6 Monaten bis 34 Jahren.  Umfeld der TN ist teilweise beschrieben → Krankenhaus in Stockholm, 13 Bettenstationen.  Perspektive der Forscher ist nicht beschrieben.	2/2      1/2  0/2  Total: 3/6

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?***Methode der Datensammlung?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung ist detailliert beschrieben (2 P.) Datensammlung ist teilweise beschrieben (1 P.) Datensammlung ist nicht beschrieben (0 P.)	Datensammlung ist detailliert beschrieben. Semi-strukturierte Interviews wurden durchgeführt. Die Interviews waren zeitlich nicht begrenzt und wurden auf TB aufgezeichnet. Durchschnittsdauer der Interviews: 30 Min. Nach den Interviews erhielten die TN einen Fragebogen mit 27 Fragen.	2/2   Total: 2/2

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?***Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Analyse entspricht den Anforderungen des Designs (2 P.) Analyse entspricht teilweise den Anforderungen des Designs (1 P.) Analyse entspricht nicht den Anforderungen des Designs (0 P.)	Die auf TB aufgezeichneten Interviews wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert (5 Schritte).	2/2   Total: 2/2

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?***Wenn nein: warum nicht?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung (2 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist begründet (1 P.) Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung und ist nicht begründet (0 P.)	Datensättigung wurde nicht beschrieben.	0/2   Total: 0/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Glaubwürdigkeit: 26**Erreichte Punktzahl der Glaubwürdigkeit: 19***Note: 4.7**

## Aussagekraft

### 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (2 P.) Ergebnisse sind teilweise ausführlich und nachvollziehbar beschrieben (1 P.) Ergebnisse sind nicht ausführlich und nicht nachvollziehbar beschrieben (0 P.)	Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Zitate der TN wurden aufgeführt.	2/2
		Total: 2/2

### 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Konsens im Forscherteam vorhanden (2 P.) Konsens teilweise vorhanden (1 P.) Konsens nicht vorhanden (0 P.) Validierung durch TN durchgeführt (2 P.) Validierung durch TN teilweise durchgeführt (1 P.) Validierung durch TN nicht durchgeführt (0 P.)	Konsens im Forscherteam vorhanden. Wenn die Autoren nicht derselben Meinung waren, wurde diskutiert, um eine Vereinbarung bezüglich der Codes zu finden.  Validierung durch TN wurde nicht durchgeführt.	2/2  0/2
		Total: 2/4

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Aussagekraft: 6*

*Erreichte Punktzahl der Aussagekraft: 4*

**Note: 4.3**

## Anwendbarkeit

### 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Die Ergebnisse helfen Personen besser zu verstehen (2 P.) Die Ergebnisse helfen teilweise Personen besser zu verstehen (1 P.) Die Ergebnisse helfen nicht Personen besser zu verstehen (0 P.)	Teilweise, es wird untersucht, wie die Psychiatriepfl. ihre Pflege von suizidalen Pat. beschreiben.	1/2
		Total: 1/2

### 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Kriterien	Beurteilung	Erreichte Punkte / Mögliche Punkte
Möglichkeiten der Anwendung sind beschrieben (2 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind teilweise beschrieben (1 P.) Möglichkeiten der Anwendung sind nicht beschrieben (0 P.)	Es sind keine Möglichkeiten der Anwendung explizit beschrieben, jedoch sind konkrete Möglichkeiten ersichtlich, wo diese Ergebnisse angewendet werden können.	1/2
		Total: 1/2

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Anwendbarkeit: 4*

*Erreichte Punktzahl der Anwendbarkeit: 2*

**Note: 3.5**

*Mögliche Gesamtpunktzahl der Beurteilung: 36*

*Erreichte Punktzahl der Beurteilung: 25*

**Note: 4.5**